

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL

ORGANO OFICIAL DE LA
ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

TOMO XVIII

1

ENERO

1950

Presidente:

DR. JOSE AGUILAR ALVAREZ.

Director Permanente de Publicaciones:

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR



En las
infecciosas
febriles →

Gripe →

Bronquitis •

Neumonía •

Anginas →

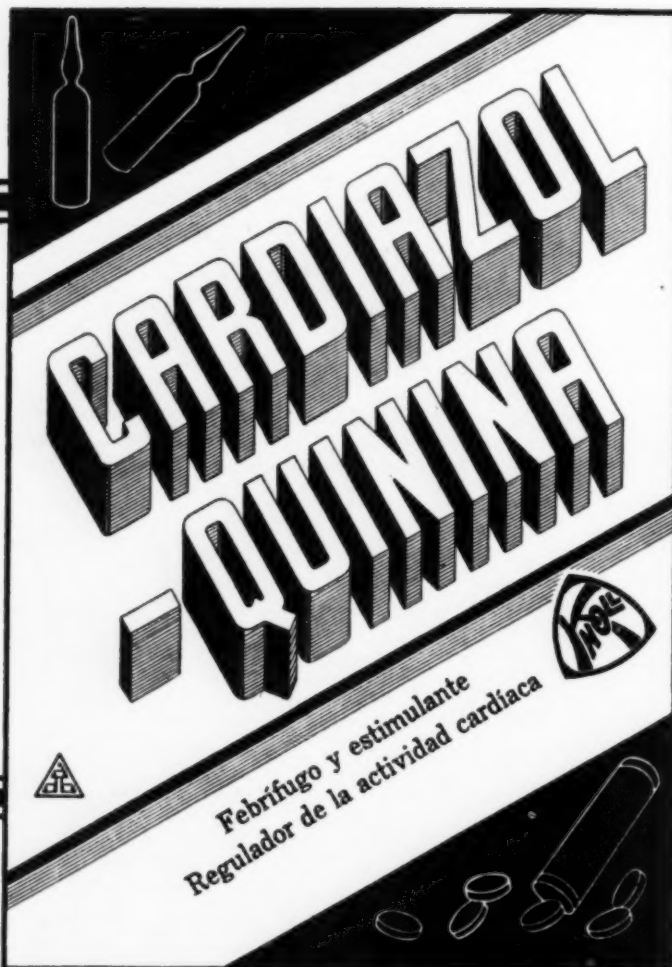
Tifo exan-
temático →

Las grajeas
de
Cardiazol-
Quinina

resultan particularmente útiles para combatir las
INSUFICIENCIAS CIRCULATORIAS AGUDAS
Y CRONICAS

Tubos de 20 grajeas Cajas de 5 amps. de 1 c.c.

Elaborado por
Versalles 15 **MERCK-MEXICO, S. A.** México, D. F.



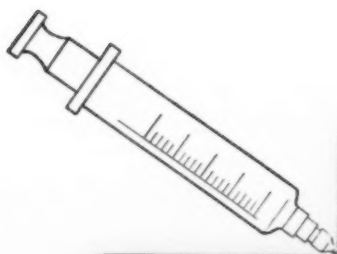
**CARDIAZOL
QUININA**

Febrífugo y estimulante
Regulador de la actividad cardíaca

REG. N.º 10089

Regs. Nos.
7876 - 7731
D. S. P

Prop. N.º 10089
Esta Empresa
opera bajo el con-
trol de la H. Junta
de Administra-
ción y Vigilancia
de la Propiedad
Extranjera.



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,000 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todos los aspectos de esta importante droga incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones, sus ventajas e inconvenientes, las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se vende en ampollitas de 0.5 y 1 gr., o cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gr. de Pentothal y 10 cc. de agua químicamente pura, o 1 gr. de Pentothal y 20 cc. de agua q. p., todos en cajas de 5 y 25 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARCA REGISTRADA

(Thiopental Sódico, Abbott)

* En Brasil: *Thionembural*.

Abbott

LABORATORIES OF MEXICO, S. A.

En las
infecciosas
febriles →

Gripe →

Bronquitis •

Neumonía •

Anginas →

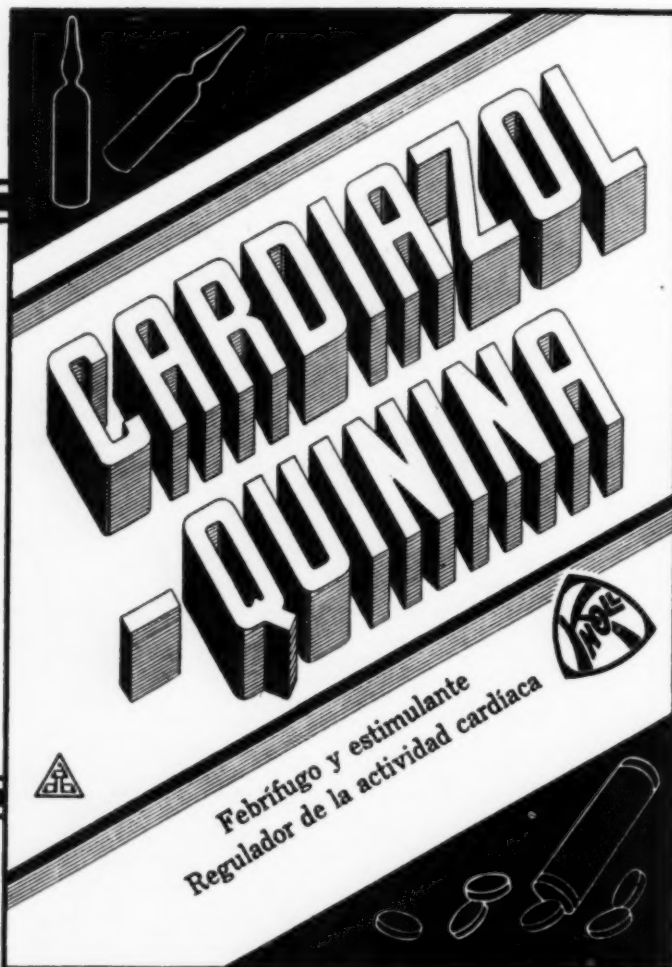
Tifo exan-
temático →

Las grajeas
de
Cardiazol-
Quinina

resultan particularmente útiles para combatir las
INSUFICIENCIAS CIRCULATORIAS AGUDAS
Y CRONICAS

Tubos de 20 grajeas Cajas de 5 amps. de 1 c.c.

Elaborado por
Versalles 15 **MERCK-MEXICO, S. A.** México, D. F.



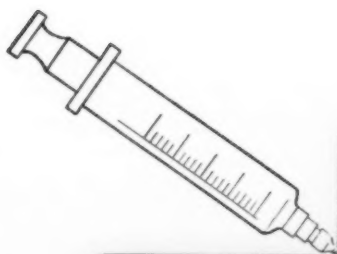
**CARDIAZOL
QUININA**

Febrífugo y estimulante
Regulador de la actividad cardíaca

REG. N.º 10089

Regs. Nos.
7876 - 7731
D. S. P

Prop. N.º 10089
Esta Empresa
opera bajo el con-
trol de la H. Junta
de Administra-
ción y Vigilancia
de la Propiedad
Extranjera.



**para
anestesia
intravenosa**

Más de 1,000 artículos publicados en las revistas médicas de mayor prestigio mundial, sobre el empleo de la anestesia intravenosa con Pentothal Sódico, constituyen una guía segura para los cirujanos y los anestesiólogos, que abarca en detalle todos los aspectos de esta importante droga incluyendo sus indicaciones y contraindicaciones, sus ventajas e inconvenientes, las precauciones que deben observarse, y finalmente, la técnica general de administración.

El Pentothal Sódico para anestesia intravenosa, se vende en ampollitas de 0.5 y 1 gr., o cajas de 25 ampollitas, o en paquetes combinados que contienen 0.5 gr. de Pentothal y 10 cc. de agua químicamente pura, o 1 gr. de Pentothal y 20 cc. de agua q. p., todos en cajas de 5 y 25 paquetes. Puede obtenerse en las principales farmacias de las Américas.



pentothal[®] Sódico

MARCA REGISTRADA

(Thiopental Sódico, Abbott)

* En Brasil: *Thionembural*.

Abbott

LABORATORIES OF MEXICO, S. A.



¡DIENTES SANOS EN ENCIAS SANAS!

Solamente en encías saludables hay dientes sanos, firmes y hermosos. Acostumbre Forhan's de doble acción: limpie sus dientes y dé masaje a sus encías. Forhan's tiene un Astringente en la fórmula del Dr. R. J. Forhan. La piorrea encoge las encías y afloja los dientes. Si la contrae visite a su dentista inmediatamente.

CATEDRÁTICOS FORHAN'S PREGUNTAN:—

¿QUE PODRIA HACERSE PARA APROVECHAR LOS RECURSOS MARITIMOS DE MEXICO PARA MEJORAR NUESTRA ALIMENTACION?

REVISE SUS BILLETES DE A PESO. Puede tener el premiado en el programa VARIEDADES FORHAN'S.



Forhan's
PARA LAS ENCIAS

BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

Un tormento continuo



EL Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.

Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan

la inflamación y la hemorragia. No producen afectos secundarios. De uso fácil.



William R. **WARNER** *and Co. Inc.*



¡DIENTES SANOS EN ENCIAS SANAS!

Solamente en encías saludables hay dientes sanos, firmes y hermosos. Acostumbre Forhan's de doble acción: limpie sus dientes y dé masaje a sus encías. Forhan's tiene un Astringente en la fórmula del Dr. R. J. Forhan. La piorrea encoge las encías y afloja los dientes. Si la contrae visite a su dentista inmediatamente.

CATEDRÁTICOS FORHAN'S PREGUNTAN:—

¿QUE PODRIA HACERSE PARA APROVECHAR LOS RECURSOS MARITIMOS DE MEXICO PARA MEJORAR NUESTRA ALIMENTACION?

REVISE SUS BILLETES DE A PESO. Puede tener el premiado en el programa VARIEDADES FORHAN'S.



Forhan's
PARA LAS ENCIAS

BOGOSERUM "MYN"

Suero Anti-Reticular Citotoxico de Bogomoletz.

ESTIMULANTE DEL SISTEMA RETICULO-ENDOTELIAL

Se presenta en frasco-ampula de 1 cm.³

Un segundo frasco-ampula contiene 9 cm.³ de solución acuosa de cloruro de sodio al 8.5 g. por 1,000 cm.³

Al iniciarse su aplicación se aspira el Suero en una jeringa y se inyecta en el frasco-ampula que contiene la solución salina, a través del tapón de goma, tomando las necesarias precauciones de asepsia. Así se obtiene una dilución al 1 por 10, por lo que cada cm.³ contiene 0.10 cm.³ de Suero.

En esta forma se facilita al médico la dosificación sin necesidad de jeringa especial. Cualquier error en más o menos, es un error que se reduce al décimo.

EL BOGOSERUM así diluido conserva íntegra su potencia por más de un mes si se toma la precaución de conservarlo constantemente entre 0° y 10° c.

Dosis, ritmo y vía de aplicación.

Una vez efectuada la dilución se procede a la aplicación del BOGOSERUM de preferencia por vía subcutánea a la dosis que el médico determine. Sin embargo, nos permitimos recomendar el siguiente esquema de tratamiento de dosis iniciales progresivas:

Inyección	Suero Diluido	Suero Puro
I	0.50 cm. ³ , que corresponde	a 0.05 cm. ³ .
II	0.50 " "	" 0.05 "
III	0.70 " "	" 0.07 "
IV	0.80 " "	" 0.08 "
V	1.00 " "	" 0.10 "

Las dosis subsiguientes serán de 1 cm.³ de la dilución.

Se recomienda aplicar las inyecciones con intervalo mínimo de 72 horas.

Reg. No. 32248 S. S. A. Prop. No. H-1

Un tormento continuo



EL Prometeo de la antigua Mitología, encadenado a una roca y sometido a continuo tormento, del que la parte espiritual, su fracaso en proporcionar el Fuego Sagrado a la Humanidad, era más fuerte que el propiamente físico de ser deshecho a picotazos, nos trae a la memoria el doble tormento de las numerosas personas que en la actualidad sufren de hemorroides.

Su pena, afortunadamente puede ser eliminada en una forma rápida con el uso de los supositorios hemorroidales ANUSOL: un producto altamente indicado cuando la intervención quirúrgica no es conveniente. Los supositorios ANUSOL son terapéuticamente eficaces: alivian el dolor y eliminan

la inflamación y la hemorragia. No producen afectos secundarios. De uso fácil.



William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

CALCIO GUERIN

Ampolletas.

Fórmula:

Gluconato de Calcio purísimo.	0.50 g.
Glicerofosfato de Magnesio.	0.10 "
Glicerofosfato de Magnesio.	0.001 "
Suero Glucosado al 5% c. b. p.	5 cm ³

PRESENTACION: En cajas de 10 ampolletas de 5 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático

INDICACIONES. Utilizable en el tratamiento de Raquitismo, Osteomalacia, fracturas óseas, ciertas formas y periodos de la Tuberculosis, ya sea pulmonar, ósea u osteoarticular, anemias, Hemostático en las Hemofilias, Hemoptisis, Púrpura, aplicable en la Tetania, en el tratamiento de ciertos edemas y exudados serosos, contra algunos accidentes séricos y los choques nitritoides.

DOSIS: Una ampolleta diaria o cada tercer día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intramuscular.

Reg. No. 17235 S. S. A.

Lucerna No. 7:

A. RUEFF Y CIA.

México, D. F.

VACCIN ANTI BRONCHO PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

Fórmula:

Neumococos I.	133.333,333
Neumococos II.	133.333,333
Neumococos III.	133.333,333
Enterococos.	400.000,000
Estafilococos áureos.	150 000,000
Tetrágenos.	50.000,000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7/100	
c.b.p.	1 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antigénicas.

INDICACIONES: Profiláctico contra la gripa, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía. Bronconeumonía. Gripe de tipo respiratorio. Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

DOSIS: De 1/2 cm³, 3/4 de cm³, y 1 cm³, en días alternos, para niños: De 1/2 cm³, 1 cm³, 1.1/2 cm³, 1.3/4 cm³, y 2 cm³, también en días alternos, para adultos.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección hipodérmica.

Reg. No. 3152 S. S. A.

"Este medicamento es de empleo delicado"

Lucerna 7.

A. RUEFF Y CIA

México, D. F.



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables propiedades antibióticas y microbicidas de la tirotricina, con la conocida acción analgésica de la benzocaina.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H-1.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

CALCIO GUERIN

Ampolletas.

Fórmula:

Gluconato de Calcio purísimo.	0.50 g.
Glicerofosfato de Magnesio.	0.10 "
Glicerofosfato de Magnesio.	0.001 "
Suero Glucosado al 5% c. b. p.	5 cm ³

PRESENTACION: En cajas de 10 ampolletas de 5 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Hemostático

INDICACIONES. Utilizable en el tratamiento de Raquitismo, Osteomalacia, fracturas óseas, ciertas formas y periodos de la Tuberculosis, ya sea pulmonar, ósea u osteoarticular, anemias, Hemostático en las Hemofilias, Hemoptisis, Púrpura, aplicable en la Tetania, en el tratamiento de ciertos edemas y exudados serosos, contra algunos accidentes séricos y los choques nitritoides.

DOSIS: Una ampolleta diaria o cada tercer día.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección intramuscular.

Reg. No. 17235 S. S. A.

Lucerna No. 7:

A. RUEFF Y CIA.

México, D. F.

VACCIN ANTI BRONCHO PNEUMONIQUE DE WEILL & DUFOUT

Fórmula:

Neumococos I.	133.333,333
Neumococos II.	133.333,333
Neumococos III.	133.333,333
Enterococos.	400.000,000
Estafilococos áureos.	150 000,000
Tetrágenos.	50.000,000
Solución acuosa de Cloruro de Sodio al 7/100	
c.b.p.	1 cm ³ .

PRESENTACION: En cajas de 3 y 6 ampolletas de 2 cm³.

PROPIEDADES TERAPEUTICAS: Antigénicas.

INDICACIONES: Profiláctico contra la gripa, Bronquitis catarrales agudas y de algunas complicaciones que sobrevienen en niños y ancianos después de la anestesia por inhalación. Auxiliar en el tratamiento de: Neumonía. Bronconeumonía. Gripe de tipo respiratorio. Bronquitis catarrales y algunos tipos de congestión pulmonar.

DOSIS: De 1/2 cm³, 3/4 de cm³, y 1 cm³, en días alternos, para niños: De 1/2 cm³, 1 cm³, 1 1/2 cm³, 1 3/4 cm³, y 2 cm³, también en días alternos, para adultos.

VIA DE ADMINISTRACION: Inyección hipodérmica.

Reg. No. 3152 S. S. A.

"Este medicamento es de empleo delicado"

Lucerna 7.

A. RUEFF Y CIA

México, D. F.



ANTIBIOSIS

MAXIMA

en la boca y la garganta

En las pastillas TYROZETS se han combinado las notables propiedades antibióticas y microbicidas de la tirotricina, con la conocida acción analgésica de la benzocaina.

Resultado: una fórmula terapéutica ideal en forma de pastillas de sabor muy agradable y de gran eficacia medicamentosa.

TYROZETS ataca los gérmenes patógenos en la cavidad bucal y combate la formación de focos infecciosos.

TYROZETS calma rápidamente la irritación y el dolor de garganta.

Rp. TYROZETS para la asepsia bucal y faríngea, procesos anginosos, en las post-tonsilectomías, etc.

TYROZETS

Reg. N° 32607 S. S. A. Prop. N° H-1.



Philadelphia 1, Pa., U.S.A.

EN TUBOS DE 12 PASTILLAS

**Hormona
córtico - suprarrenal
pura**

Percorten

(Acetato de desoxicorticosterona)

M. R.

En cirugía:

Shock quirúrgico y como preventivo del mismo.

Shock post-operatorio.

Trastornos circulatorios en el post-operatorio.

Para prevenir la caída del volumen
plasmático observada después
de algunas intervenciones quirúrgicas.

"Percorten-hidrosoluble":

como complemento de las infusiones
gota a gota intravenosas.

Ciba de México, S. A.



Regs. Núms. 21985 - 31012 S. S. A.

Literatura exclusiva para médicos.

Reg. Prop. No. FI-128 S. S. A.

Una ayuda suave y segura



EL ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenoltaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene substancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

**Hormona
córtico - suprarrenal
pura**

Percorten

(Acetato de desoxicorticosterona)

M. R.

En cirugía:

Shock quirúrgico y como preventivo del mismo.

Shock post-operatorio.

Trastornos circulatorios en el post-operatorio.

Para prevenir la caída del volumen
plasmático observada después
de algunas intervenciones quirúrgicas.

"Percorten-hidrosoluble":

como complemento de las infusiones
gota a gota intravenosas.

Ciba de México, S. A.



Regs. Núms. 21985 - 31012 S. S. A.

Literatura exclusiva para médicos.

Reg. Prop. No. FI-128 S. S. A.

Una ayuda suave y segura



EL ciego confía en su perro que lo conduce en una forma suave, segura, incansable al punto de su destino...

En el caso de recargos intestinales, principalmente en los debidos a un peristaltismo defectuoso tiene usted, señor Doctor, un agente de acción suave, pero de resultados comprobados: AGAROL. Debido a que está constituido por una fina emulsión de aceite mineral, ablanda el contenido intestinal y el bolo fecal, al mismo tiempo que, mecánicamente, lubrica.

Además, como contiene una pequeña cantidad de fenoltaleína en leucobase, AGAROL incita el peristaltismo, completando en esa forma su acción. No contiene sustancias irritantes que perjudiquen las mucosas.



La próxima vez, prescriba usted AGAROL, cuya acción suave y eficaz hará que sus pacientes sigan teniendo en usted esa Fé y Confianza que son las mejores respuestas a su Capacidad Científica.

William R. **WARNER** *and Co. Inc.*

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1950

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TRIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bienal:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCALES:

1er. Vocal,
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal,
Dr. Rodolfo González Hurtado †

3er. Vocal,
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal,
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal,
Dr. Carlos Colín.

NUEVOS

PRODUCTOS

"ECTACIDOL"

ANTISEPTICO LOCAL DE
USO EXTERNO.

Su campo de aplicaciones es muy amplio y su empleo puede variar, desde los padecimientos dermatológicos determinados *POR ALTERACIONES DEL pH.* hasta numerosas infecciones susceptibles de evolucionar favorablemente con el empleo de esta preparación.

Reg. No. 33758 S. S. A.
Prop. A-1.

Pueryl "ANA"

GRANULADO INFANTIL
REMINERALIZANTE.

Reg. No. 33712 S. S. A.

Literatura exclusiva para médicos.

Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.

Moras No. 360, Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

Frasco de 10 cm³.

ALBASUPRARRENIL

Reg. Núm. 34143 S. S. A.

Este medicamento es de empleo delicado.

Via de administración: intramuscular.

Dosis: la que el médico señale.

ESTIMULANTE DEL METABOLISMO GENERAL

Fórmula:

Extracto córticosuprarrenal 1 U. R. (Equiv.
a 7.5 g. de corteza suprarrenal) Tricresol. 0.002 cm³
Agua bidestilada c. b. p. 1 cm³

Hecho en México.

Laboratorios "ALBAMEX," S. A.

Querétaro N° 28

México, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

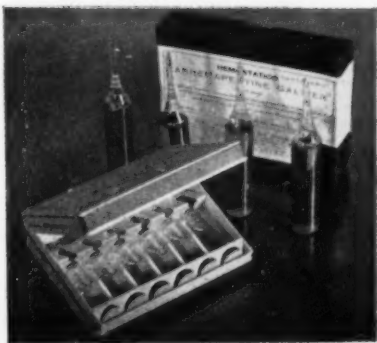
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

**COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION**

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 9860



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.

ACADEMIA MEXICANA DE CIRUGIA

CUERPO DIRECTIVO
1948 - 1950

Presidente:
DR. JOSE AGUILAR
ALVAREZ.

Vice-Presidente:
DR. JOAQUIN CORREA.

Secretario Perpetuo:
DR. JOSE TORRES TRIJA.

Director Permanente de
Publicaciones:
DR. MIGUEL LOPEZ
ESNAURRIZAR

Secretario Bienal:
DR. RAUL PEÑA TREVIÑO.

Tesorero:
DR. LUIS BENITEZ SOTO.

VOCALES:

1er. Vocal,
Dr. Fernando Valdés Villarreal.

2o. Vocal,
Dr. Rodolfo González Hurtado †

3er. Vocal,
Dr. Fernando Meléndez.

4o. Vocal,
Dr. Eduardo Castro.

5o. Vocal,
Dr. Carlos Colín.

NUEVOS

PRODUCTOS

"ECTACIDOL"

ANTISEPTICO LOCAL DE
USO EXTERNO.

Su campo de aplicaciones es muy
amplio y su empleo puede variar,
desde los padecimientos dermato-
lógicos determinados *POR AL-
TERACIONES DEL pH.* hasta
numerosas infecciones susceptibles
de evolucionar favorablemente con
el empleo de esta preparación.

Reg. No. 33758 S. S. A.
Prop. A-1.

Pueryl "ANA"

GRANULADO INFANTIL
REMINERALIZANTE.

Reg. No. 33712 S. S. A.

Literatura exclusiva para médicos.

Laboratorios J. C. Thomé,
S. A.

Moras No. 360, Nva. Col. del
Valle.

Apartado No. 1398.

Frasco de 10 cm³.

ALBASUPRARRENIL

Reg. Núm. 34143 S. S. A.

Este medicamento es de empleo delicado.

Via de administración: intramuscular.

Dosis: la que el médico señale.

ESTIMULANTE DEL METABOLISMO GENERAL

Fórmula:

Extracto córticosuprarrenal 1 U. R. (Equiv.
a 7.5 g. de corteza suprarrenal) Tricresol. 0.002 cm³
Agua bidestilada c. b. p. 1 cm³

Hecho en México.

Laboratorios "ALBAMEX," S. A.

Querétaro N° 28

México, D. F.

ARHEMAPECTINE

GALLIER

**HEMOSTATICO PODEROSO POR
COAGULACION A BASE DE PECTINA**

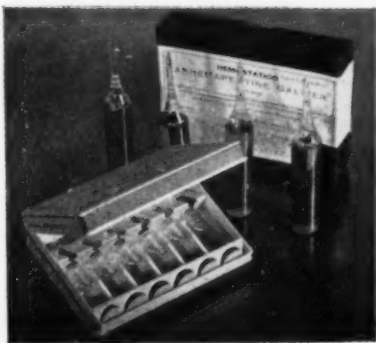
Caja de 4 amps. de 20 c. c.
Caja de 6 amps. de 5 c. c.

COMPLETAMENTE ATOXICO Y EXCENTO
DE SHOCK. TOLERANCIA PERFECTA.
NINGUNA CONTRAINDICACION

Este medicamento es de empleo delicado

Reg. Núm. 5930 D. S. P.

Prop. Núm. 9860



ESTABLECIMIENTOS MAX ABBAT S. A.

RHIN. NUM. 37

MEXICO, D. F.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el
más reciente antibiótico descubierto.*

CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

Para el tratamiento de:

Reg. No. 34086 S. S. A.

- Fiebre de malta.
- Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-
tentes (especialmente estafilocos).
- Infecciones causadas por organis-
mos coli-aerogenes.
- Fiebre de Queensland.
- Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco de 25 cáps. de 50 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica 25 mg.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Co.

30 Rockefeller Plaza. New York N. Y.
Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

Fray Servando Teresa de Mier No. 120
(Esquina con Isabel la Católica)

MEXICO, D.F.

Tels: 36-70-59 — 21-29-13 — 21-29-14.

S U M A R I O

INUTILIDAD DE DISECAR LOS NERVIOS LARINGEOS EN LA TIROIDECTOMIA POR BOCIO.—Por el Académico Dr. José García Noriega	I
UN CASO DE EXOSTOSIS CARTILAGINOSAS MÚLTIPLES O ACLASIS DIAFISIARIA.—Por el Académico Dr. Dioniso Pérez Cosío	14
HERNIA CONGENITA DIAFRAGMÁTICA.—Por el Dr. Philip Thorek.	22
REVISTA DE PRENSA	33
CLAUSURA DEL AÑO ACADÉMICO DE 1949.	37
ORGANIZACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA	39
DR. ALCANTARA HERRERA, CURRÍCULUM Y DISCURSO DE AGRADECIMIENTO	43

Director.

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción.

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO †

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 1701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

*"Los Laboratorios Lederle, S. A.", se complacen
en ofrecer al H. Cuerpo Médico Mexicano, el
más reciente antibiótico descubierto.*

CLORHIDRATO DE AUREOMICINA LEDERLE

Reg. No. 33913 S. S. A.

Para el tratamiento de:

Reg. No. 34086 S. S. A.

- Fiebre de malta.
- Fiebre Tifoidea.
- Fiebre Paratifoidea A y B.
- Tifus.
- Rickettsiosis.
- Linfogranuloma Venéreo.
- Neumonía Atípica primaria.
- Infecciones causadas por cocos
- Gram-positivos. Penicilino resis-
tentes (especialmente estafilocos).
- Infecciones causadas por organis-
mos coli-aerogenes.
- Fiebre de Queensland.
- Psitacosis.

ENVASE: Frasco de 16 cápsulas de 250 mg.

Frasco de 25 cáps. de 50 mg.

Frasco gotero para solución oftálmica 25 mg.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION
American Cyanamid Co.

30 Rockefeller Plaza. New York N. Y.
Representantes Exclusivos en México.

Laboratorios Lederle, S. A.

Fray Servando Teresa de Mier No. 120
(Esquina con Isabel la Católica)

MEXICO, D.F.

Tels: 36-70-59 — 21-29-13 — 21-29-14.

S U M A R I O

INUTILIDAD DE DISECAR LOS NERVIOS LARINGEOS EN LA TIROIDECTOMIA POR BOCIO.—Por el Académico Dr. José García Noriega	I
UN CASO DE EXOSTOSIS CARTILAGINOSAS MÚLTIPLES O ACLASIS DIAFISIARIA.—Por el Académico Dr. Dioniso Pérez Cosío	14
HERNIA CONGENITA DIAFRAGMÁTICA.—Por el Dr. Philip Thorek.	22
REVISTA DE PRENSA	33
CLAUSURA DEL AÑO ACADÉMICO DE 1949.	37
ORGANIZACIÓN DE LA FACULTAD DE MEDICINA	39
DR. ALCANTARA HERRERA, CURRÍCULUM Y DISCURSO DE AGRADECIMIENTO	43

Director.

DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR

Gerente:

M. LEON DIAZ

Jefe de Redacción.

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO †

CIRUGIA Y CIRUJANOS

PUBLICACION MENSUAL.

Órgano Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.
Fundado en Junio de 1933.

Registrado como Art. de 2a. clase en la Admón. de Correos el 6 de abril de 1936.

Apartado Postal número 7994, Facultad de Medicina,
esquina Brasil y Venezuela, México, D. F.

GERENCIA: Apartado Postal 1701, México, D. F.

Precios en moneda mexicana:

	Ejemplar	Abono anual	Núms. atrasados
En México	\$ 2.00	\$ 20.00	\$ 5.00
En el Extranjero	\$ 2.50	\$ 25.00	\$ 5.50

Se solicita canje con Revistas de Academias y Sociedades de Cirugía de todo el mundo.

Los trabajos publicados en esta Revista son de la responsabilidad exclusiva de los respectivos autores.

Economice minutos

cuando

los segundos

son de importancia

Economice tiempo con las nuevas jeringas descartables de Duracillin (Penicilina G. Procaínica Cristalina, Lilly). Con un simple movimiento de muñeca la jeringa se halla lista para uso inmediato. Como son esterilizadas de antemano y contienen la dosis exacta, las jeringas descartables eliminan molestias innecesarias.

Haga su pedido inmediatamente — los segundos son importantes.

*Indianapolis 8, Indiana, E. U. A.
Eli Lilly, Pan-American Corporation*



Cirugía y Cirujanos

Organó Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

ENERO 1950

NUM. 1

Inutilidad de disecar los Nervios Laríngeos recurrentes en la Tiroidectomía por Bocio

Trabajo Académico de ingreso por el *Dr. José García Noriega*.

INTRODUCCION.

Toda intervención quirúrgica comporta dos riesgos; es uno de ellos el originado en el padecimiento mismo del enfermo, y el otro, el que engendra la técnica de que se dispone para llevar a cabo la operación.

Se comprende que el primero de éstos riesgos esté más allá de las posibilidades del cirujano que interviene, precisamente para lograr merced al acto operatorio, la mejoría o la curación de su enfermo. El segundo de ellos, en cambio, recae precisamente sobre el cirujano y su técnica, creándole de golpe grandes responsabilidades y complejos problemas que hacen árduo y espinoso el camino de la cirugía.

La tiroidectomía no podía escapar a ésta ley general y, como tantas otras intervenciones lleva consigo riesgos y dificultades que reclaman toda la habilidad del cirujano para ser vencidas.

Revisando los riesgos con que se suele tropezar en las intervenciones sobre la tiroides, ninguno parece tan importante como la de lesión o el traumatismo operatorio de los nervios laríngeos recurrentes.

Las posibilidades de éste accidente son grandes y su relativa frecuencia ha preocupado siempre a los cirujanos que han hecho todo lo posible para evitarlo. El peligro aparece cuando van a tomarse y a ligarse los pedículos inferiores de la glándula, y muy especialmente cuando se liga la arteria tiroidea inferior. Las relaciones anatómicas entre dicho vaso

Economice minutos

cuando

los segundos

son de importancia

Economice tiempo con las nuevas jeringas descartables de Duracillin (Penicilina G. Procaínica Cristalina, Lilly). Con un simple movimiento de muñeca la jeringa se halla lista para uso inmediato. Como son esterilizadas de antemano y contienen la dosis exacta, las jeringas descartables eliminan molestias innecesarias.

Haga su pedido inmediatamente — los segundos son importantes.

*Indianapolis 8, Indiana, E. U. A.
Eli Lilly, Pan-American Corporation*



Cirugía y Cirujanos

Organó Oficial de la Academia Mexicana de Cirugía.

AÑO XVIII

ENERO 1950

NUM. 1

Inutilidad de disecar los Nervios Laríngeos recurrentes en la Tiroidectomía por Bocio

Trabajo Académico de ingreso por el *Dr. José García Noriega*.

INTRODUCCION.

Toda intervención quirúrgica comporta dos riesgos; es uno de ellos el originado en el padecimiento mismo del enfermo, y el otro, el que engendra la técnica de que se dispone para llevar a cabo la operación.

Se comprende que el primero de éstos riesgos esté más allá de las posibilidades del cirujano que interviene, precisamente para lograr merced al acto operatorio, la mejoría o la curación de su enfermo. El segundo de ellos, en cambio, recae precisamente sobre el cirujano y su técnica, creándole de golpe grandes responsabilidades y complejos problemas que hacen árduo y espinoso el camino de la cirugía.

La tiroidectomía no podía escapar a ésta ley general y, como tantas otras intervenciones lleva consigo riesgos y dificultades que reclaman toda la habilidad del cirujano para ser vencidas.

Revisando los riesgos con que se suele tropezar en las intervenciones sobre la tiroides, ninguno parece tan importante como la de lesión o el traumatismo operatorio de los nervios laríngeos recurrentes.

Las posibilidades de éste accidente son grandes y su relativa frecuencia ha preocupado siempre a los cirujanos que han hecho todo lo posible para evitarlo. El peligro aparece cuando van a tomarse y a ligarse los pedículos inferiores de la glándula, y muy especialmente cuando se liga la arteria tiroidea inferior. Las relaciones anatómicas entre dicho vaso

y el nervio son tan íntimas, que la ligadura del primero supone siempre la disección del segundo. A esto se agrega, para hacer más difícil la técnica las distintas anomalías señaladas en la topografía y recorrido de los cuales viene a complicar más aún la intervención. El peligro que entraña la lesión de los recurrentes deriva de las graves y muchas veces irreparables consecuencias de éste accidente operatorio.

La lesión de un solo nervio rara vez determina trastornos graves, puesto que la función supletoria del lado opuesto es capaz de producir un espacio glótico adecuado para llevar a cabo la función respiratoria. Sin embargo, cuando la demanda de oxígeno crece, como sucede en el ejercicio aún moderado; se ve aparecer la dificultad respiratoria acompañada por cierto grado de estridor laríngeo, condenando al enfermo a un estado de semi-invalidez. La voz sufre también modificaciones que no suelen ser muy apreciables a menos de que se trate de un orador o de un cantante, en cuyo caso, la dificultad vocal es muy significativa.

Pero si la lesión de un solo nervio trae consigo tales limitaciones, la de ambas asume la característica de una verdadera catástrofe quirúrgica. Este accidente se traduce en ocasiones por una asfixia súbita que viene a terminar dolorosamente la desafortunada operación, si la traqueotomía no ha intervenido oportunamente; otras veces y suele ser lo más frecuente, las consecuencias respiratorias se hacen sentir tardíamente. A raíz de la lesión bilateral, las cuerdas vocales se aflojan con extraordinaria laxitud y no pueden ser puestas en tensión para la abducción o la aducción. Cuando la dificultad respiratoria inicial no se ha producido, el primer fenómeno que llama la atención del cirujano y del paciente, indicando el accidente, es la pérdida total de la voz. Este período de silencio suele prolongarse habitualmente por cuatro o cinco meses, al cabo de los cuales la voz comienza a hacerse perceptible, debido a los cambios operados en la laringe. Una de las primeras consecuencias anatómicas de la lesión bilateral de los recurrentes es la fibrosis atrófica de las cuerdas vocales la cual va reduciendo su laxitud inicial, aproximándolas y haciendo posible la emisión de la voz. Esta aproximación, debida a la esclerosis, va cerrando palatinamente la abertura glótica y a medida que la voz mejora, las perturbaciones respiratorias se inician. El enfermo comienza a quejarse de gran dificultad respiratoria, especialmente cuando tiene que hacer el más ligero esfuerzo. La razón de ello es la contracción fibrótica que hace que las cuerdas se apro-

TIROIDECTOMÍA POR BOCIO

ximen más a la línea media y que la abertura glótica se estreche tanto que, al ser mirada con el laringoscopio, parezca una mera hendedura.

A partir de entonces, el enfermo inicia su calvario. La sed de aire le molesta constantemente y mira con terror la realización de cualquier esfuerzo. La subida de una escalera, le hará detenerse después de algunos peldaños con la cara cianosada y la respiración anhelante. Y para esta vida tan duramente castigada no habrá sino el recurso paliativo de la traqueotomía, la que por otra parte deja sin solución muchos problemas, o las operaciones plásticas de King y la modificada por el Dr. Dario Fernández.

Este cuadro doloroso, directamente imputable a una operación desafortunada, ha hecho que los cirujanos busquen un factor de seguridad, que los ponga a cubierto de dicho accidente.

REVISION DE LAS TECNICAS EMPLEADAS PARA PROTEGER A LOS NERVIOS.

Revisemos ahora, con espíritu crítico los esfuerzos encaminados a rodear a la tiroidectomía de esa seguridad tan necesaria, para no caer en el accidente operatorio de la lesión recurrencial; tratando de encontrar la técnica que ofrezca mayor seguridad y menos dificultades para ser llevada a cabo.

El problema, mirado en conjunto, se ha tratado de resolver, en tres grandes formas:

1º—Dejando una porción de glándula lo suficientemente amplia para proteger la zona peligrosa, haciendo la sección, lejos de dicha zona.

2º—Practicar la ligadura de la tiroidea inferior después de terminada la tiroidectomía, empleando el muñón de la glándula para hacer tracción y exponer mucho mejor la arteria.

3º—Disección sistemática de los recurrentes para ligar la arteria antes de su ramificación en la glándula.

PROTECCION MEDIANTE RESECCION INCOMPLETA DE LA GLANDULA

Ya desde Kocher, el padre de la moderna tiroidectomía, era tradición operatoria dejar una porción de tejido glandular sobre la zona peligrosa.

y el nervio son tan íntimas, que la ligadura del primero supone siempre la disección del segundo. A esto se agrega, para hacer más difícil la técnica las distintas anomalías señaladas en la topografía y recorrido de los cuales viene a complicar más aún la intervención. El peligro que entraña la lesión de los recurrentes deriva de las graves y muchas veces irreparables consecuencias de éste accidente operatorio.

La lesión de un solo nervio rara vez determina trastornos graves, puesto que la función supletoria del lado opuesto es capaz de producir un espacio glótico adecuado para llevar a cabo la función respiratoria. Sin embargo, cuando la demanda de oxígeno crece, como sucede en el ejercicio aún moderado; se ve aparecer la dificultad respiratoria acompañada por cierto grado de estridor laríngeo, condenando al enfermo a un estado de semi-invalidez. La voz sufre también modificaciones que no suelen ser muy apreciables a menos de que se trate de un orador o de un cantante, en cuyo caso, la dificultad vocal es muy significativa.

Pero si la lesión de un solo nervio trae consigo tales limitaciones, la de ambas asume la característica de una verdadera catástrofe quirúrgica. Este accidente se traduce en ocasiones por una asfixia súbita que viene a terminar dolorosamente la desafortunada operación, si la traqueotomía no ha intervenido oportunamente; otras veces y suele ser lo más frecuente, las consecuencias respiratorias se hacen sentir tardíamente. A raíz de la lesión bilateral, las cuerdas vocales se aflojan con extraordinaria laxitud y no pueden ser puestas en tensión para la abducción o la aducción. Cuando la dificultad respiratoria inicial no se ha producido, el primer fenómeno que llama la atención del cirujano y del paciente, indicando el accidente, es la pérdida total de la voz. Este período de silencio suele prolongarse habitualmente por cuatro o cinco meses, al cabo de los cuales la voz comienza a hacerse perceptible, debido a los cambios operados en la laringe. Una de las primeras consecuencias anatómicas de la lesión bilateral de los recurrentes es la fibrosis atrófica de las cuerdas vocales la cual va reduciendo su laxitud inicial, aproximándolas y haciendo posible la emisión de la voz. Esta aproximación, debida a la esclerosis, va cerrando palatinamente la abertura glótica y a medida que la voz mejora, las perturbaciones respiratorias se inician. El enfermo comienza a quejarse de gran dificultad respiratoria, especialmente cuando tiene que hacer el más ligero esfuerzo. La razón de ello es la contracción fibrótica que hace que las cuerdas se apro-

TIROIDECTOMÍA POR BOCIO

ximen más a la línea media y que la abertura glótica se estreche tanto que, al ser mirada con el laringoscopio, parezca una mera hendedura.

A partir de entonces, el enfermo inicia su calvario. La sed de aire le molesta constantemente y mira con terror la realización de cualquier esfuerzo. La subida de una escalera, le hará detenerse después de algunos peldaños con la cara cianosada y la respiración anhelante. Y para esta vida tan duramente castigada no habrá sino el recurso paliativo de la traqueotomía, la que por otra parte deja sin solución muchos problemas, o las operaciones plásticas de King y la modificada por el Dr. Dario Fernández.

Este cuadro doloroso, directamente imputable a una operación desafortunada, ha hecho que los cirujanos busquen un factor de seguridad, que los ponga a cubierto de dicho accidente.

REVISION DE LAS TECNICAS EMPLEADAS PARA PROTEGER A LOS NERVIOS.

Revisemos ahora, con espíritu crítico los esfuerzos encaminados a rodear a la tiroidectomía de esa seguridad tan necesaria, para no caer en el accidente operatorio de la lesión recurrencial; tratando de encontrar la técnica que ofrezca mayor seguridad y menos dificultades para ser llevada a cabo.

El problema, mirado en conjunto, se ha tratado de resolver, en tres grandes formas:

1º—Dejando una porción de glándula lo suficientemente amplia para proteger la zona peligrosa, haciendo la sección, lejos de dicha zona.

2º—Practicar la ligadura de la tiroidea inferior después de terminada la tiroidectomía, empleando el muñón de la glándula para hacer tracción y exponer mucho mejor la arteria.

3º—Disección sistemática de los recurrentes para ligar la arteria antes de su ramificación en la glándula.

PROTECCION MEDIANTE RESECCION INCOMPLETA DE LA GLANDULA

Ya desde Kocher, el padre de la moderna tiroidectomía, era tradición operatoria dejar una porción de tejido glandular sobre la zona peligrosa.

Este cirujano, en efecto, aconsejaba que, después de haber liberado la glándula, cortado sus pedículos y seccionado el istmo, y cuando no adhiere ya sino por su borde interno con la tráquea y el cricoides dejar a éste nivel una banda de tejido glandular que protegía el nervio.

Mikulics practicaba una ligadura en cadena por encima del polo inferior haciendo la sección por arriba de dicha ligadura, en pleno tejido tiroideo.

Rienhoff, de John Hopkins, deja también una buena porción de tejido tiroideo protegiendo la zona peligrosa y lo mismo hace Warren H. Cole de Chicago, así como muchos otros cirujanos.

LIGADURA EXTEMPORANEA DE LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR.

Este método es una variante del anterior, y es el usado sistemáticamente por Pemberton y Black de la Mayo Clinic, en donde ha sido tradicional su empleo desde que Pemberton así lo estableciera hace ya unos treinta años.

La técnica seguida por estos cirujanos es la siguiente: Practican primero la resección de un lóbulo tiroideo, terminado lo cual, comprueban, si ha quedado intacto el recurrente, despertando al paciente y haciéndolo hablar. Para ello emplean analgesia local con clorhidrato de procaina así como ligera anestesia general mediante óxido nitroso y oxígeno, lo cual viene a facilitarles, el rápido despertar del enfermo.

Cuando esta prueba es satisfactoria, emprenden la resección del lóbulo opuesto. En ésta forma, afirman, es fácil saber cuál nervio ha sido lesionado. Indagan después si lo fué por herida, ligadura o compresión. Si es por compresión o ligadura se subsana la causa y se termina la intervención, esperando que el enfermo se recupere para iniciar la resección del lado opuesto, lo cual se consigue en dos semanas aproximadamente.

La técnica que siguen para resecar el lóbulo es la siguiente: Después de la exposición de la glándula la toman con pinzas de Ochsner luxando el lóbulo hacia la línea media mientras con el separador de Beckman rechazan los músculos pre-tiroides sin seccionarlos.

Exponen el polo superior por tracción hacia abajo, ligando entonces

los vasos tiroideos superiores. Se toman a continuación el ligamento suspensor y el istmo los cuales son pinzados y divididos. Comenzando la resección del centro a la periferia. Preservan cuidadosamente el tejido tiroideo a lo largo de la tráquea así como el de la región postero-media de la cápsula. La resección del lóbulo se inicia colocando una hilera de pinzas al lado medio del lóbulo en plano frontal pasando a través de la porción anterior de la tráquea. Esta línea de resección suele alargarse medio centímetro más para liberar la prominencia traqueal. La primera fila de pinzas lleva dos indicaciones importantes, además de la hemostasia: 1o.—Delinea la margen anterior de la zona adherente y 2o.—El tejido así tomado proporcionará puntos de anclaje para las suturas que se aplican para controlar la hemorragia, aproximando la cápsula postero-lateral a la tráquea. Se continúa la resección en sentido postero-lateral seccionándose la glándula después de haber pinzado hasta la región postero-lateral de la cápsula. Se substituyen después las pinzas por ligaduras. En esta forma la porción resecada lo ha sido en tal forma, que ha quedado tejido tiroideo preservando el recurrente y, lateralmente, recurrente y paratiroides.

Si después de la resección de ambos lóbulos y después de que ha sido controlada la hemorragia existen dudas en la mente del cirujano respecto a lo adecuado de la hemostasia; se ligan una o las dos arterias tiroideas, (esto lo practican en el 90% de los casos). Para facilitar la exposición de la arteria, una vez que han terminado la tiroidectomía, hacen tracción hacia la línea media con el muñón de la glándula, y por la parte externa rechazan el paquete carotídeo mediante un separador, con lo cual se logra una magnífica exposición del vaso.

DISECCION SISTEMATICA DE LOS RECURRENTES PARA LA LIGADURA DE LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR.

En 1938, Frank Lahey de Boston, publicó un trabajo en el cual abogaba por la disección sistemática de los nervios laríngeos recurrentes durante la tiroidectomía. Seis años más tarde, en 1944 volvió nuevamente sobre el tema, asegurando que dicha técnica había reducido la incidencia de lesión recurrential a un porcentaje mínimo de 0.3 a 1%. En su primera comunicación reportó 3,000 tiroidectomías en las cuales se había llevado a cabo dicho procedimiento, habiendo subido dicho número a 10,000 en su último reporte.

Este cirujano, en efecto, aconsejaba que, después de haber liberado la glándula, cortado sus pedículos y seccionado el istmo, y cuando no adhiere ya sino por su borde interno con la tráquea y el cricoides dejar a éste nivel una banda de tejido glandular que protegía el nervio.

Mikulics practicaba una ligadura en cadena por encima del polo inferior haciendo la sección por arriba de dicha ligadura, en pleno tejido tiroideo.

Rienhoff, de John Hopkins, deja también una buena porción de tejido tiroideo protegiendo la zona peligrosa y lo mismo hace Warren H. Cole de Chicago, así como muchos otros cirujanos.

LIGADURA EXTEMPORANEA DE LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR.

Este método es una variante del anterior, y es el usado sistemáticamente por Pemberton y Black de la Mayo Clinic, en donde ha sido tradicional su empleo desde que Pemberton así lo estableciera hace ya unos treinta años.

La técnica seguida por estos cirujanos es la siguiente: Practican primero la resección de un lóbulo tiroideo, terminado lo cual, comprueban, si ha quedado intacto el recurrente, despertando al paciente y haciéndolo hablar. Para ello emplean analgesia local con clorhidrato de procaina así como ligera anestesia general mediante óxido nitroso y oxígeno, lo cual viene a facilitarles, el rápido despertar del enfermo.

Cuando esta prueba es satisfactoria, emprenden la resección del lóbulo opuesto. En ésta forma, afirman, es fácil saber cuál nervio ha sido lesionado. Indagan después si lo fué por herida, ligadura o compresión. Si es por compresión o ligadura se subsana la causa y se termina la intervención, esperando que el enfermo se recupere para iniciar la resección del lado opuesto, lo cual se consigue en dos semanas aproximadamente.

La técnica que siguen para resecar el lóbulo es la siguiente: Después de la exposición de la glándula la toman con pinzas de Ochsner luxando el lóbulo hacia la línea media mientras con el separador de Beckman rechazan los músculos pre-tiroides sin seccionarlos.

Exponen el polo superior por tracción hacia abajo, ligando entonces

los vasos tiroideos superiores. Se toman a continuación el ligamento suspensor y el istmo los cuales son pinzados y divididos. Comenzando la resección del centro a la periferia. Preservan cuidadosamente el tejido tiroideo a lo largo de la tráquea así como el de la región postero-media de la cápsula. La resección del lóbulo se inicia colocando una hilera de pinzas al lado medio del lóbulo en plano frontal pasando a través de la porción anterior de la tráquea. Esta línea de resección suele alargarse medio centímetro más para liberar la prominencia traqueal. La primera fila de pinzas lleva dos indicaciones importantes, además de la hemostasia: 1o.—Delinea la margen anterior de la zona adherente y 2o.—El tejido así tomado proporcionará puntos de anclaje para las suturas que se aplican para controlar la hemorragia, aproximando la cápsula postero-lateral a la tráquea. Se continúa la resección en sentido postero-lateral seccionándose la glándula después de haber pinzado hasta la región postero-lateral de la cápsula. Se substituyen después las pinzas por ligaduras. En esta forma la porción resecada lo ha sido en tal forma, que ha quedado tejido tiroideo preservando el recurrente y, lateralmente, recurrente y paratiroides.

Si después de la resección de ambos lóbulos y después de que ha sido controlada la hemorragia existen dudas en la mente del cirujano respecto a lo adecuado de la hemostasia; se ligan una o las dos arterias tiroideas, (esto lo practican en el 90% de los casos). Para facilitar la exposición de la arteria, una vez que han terminado la tiroidectomía, hacen tracción hacia la línea media con el muñón de la glándula, y por la parte externa rechazan el paquete carotídeo mediante un separador, con lo cual se logra una magnífica exposición del vaso.

DISECCION SISTEMATICA DE LOS RECURRENTES PARA LA LIGADURA DE LA ARTERIA TIROIDEA INFERIOR.

En 1938, Frank Lahey de Boston, publicó un trabajo en el cual abogaba por la disección sistemática de los nervios laríngeos recurrentes durante la tiroidectomía. Seis años más tarde, en 1944 volvió nuevamente sobre el tema, asegurando que dicha técnica había reducido la incidencia de lesión recurrential a un porcentaje mínimo de 0.3 a 1%. En su primera comunicación reportó 3,000 tiroidectomías en las cuales se había llevado a cabo dicho procedimiento, habiendo subido dicho número a 10,000 en su último reporte.

Al proponer su técnica como el mejor medio para evitar accidentes, dice enfáticamente "Siempre que un cirujano hace la declaración de la inutilidad de la disección sistemática de los nervios recurrentes, debería exigírsele que expusiera también el número de lesiones recurrenciales que ha sufrido en su práctica, así como su estadística de casos de tetania y de persistencia de hipertiroidismo".

Como se ve Lahey es categórico, no admite la posibilidad de otro método, dejando entrever que si el cirujano se aparta de dichas normas queda expuesto a accidentes.

Insiste también sobre la tolerancia de dichos nervios al manejo, a la disección y aún la compresión moderada por un tumor de la glándula.

Trata en esta forma de llevar al ánimo del cirujano el convencimiento de que la disección y el manejo de dichos nervios es fácil y asequible si se va directamente al encuentro del problema.

Subraya además las grandes variaciones anatómicas de los nervios laríngeos recurrentes, los cuales como se sabe pasan unas veces por debajo, por arriba o entre las ramas de la tiroidea inferior.

La técnica que sigue es la siguiente: Primero busca obtener la mejor luz posible para lo cual secciona los músculos pre-tiroideos en su tercio superior a fin de no privarlos de su inervación adecuada, luxa la glándula fuera de su lecho, disecciona la yugular interna y rechaza completamente mediante separadores el paquete carotideo, en esta forma logra la exposición de la tiroidea inferior en su punto emergente, detrás de la carótida primitiva, de tal modo que pueda ser disecada en todo su recorrido hasta la glándula.

Afirma que en contra de la opinión general, el recurrente laríngeo es de grosor considerable y se puede palpar frecuentemente como una cuerdecita que pasa oblicuamente de abajo arriba. Con buena iluminación, exposición adecuada y hemostasis irreproachable, así como rechazamiento bien hacia afuera del paquete carotideo, las fibras longitudinales del recurrente pueden ser expuestas rápida y fácilmente.

VALORACION DE CONJUNTO

Hemos revisado los diversos métodos puestos en planta para la adecuada protección de los recurrentes, de ésta revisión pueden ser obtenidas las siguientes conclusiones:

1º—El dejar una buena porción de glándula en la zona pleigrosa, ofrece en verdad una gran protección contra la lesión recurrencial, pero tiene la enorme desventaja de dejar una gran cantidad de glándula que hace posibles las recidivas o bien, actúa poco sobre el hipertiroidismo que va a ser tratado en ésta forma. Pemberton es un gran defensor de ésta técnica afirmando que basta extirpar del 65 al 85% de la glándula para que la enfermedad ceda y el metabolismo basal se reduzca a la normalidad.

Parecería, dice Pemberton, que dejando el equivalente de un sexto o de un cuarto de cada lóbulo, el cirujano fuera poco prudente, y se expusiera a frecuentes recidivas, sin embargo cuando éstas ocurren, se deben a las mismas causas que han actuado sobre la tiroidea y debido a la gran capacidad de regeneración de la glándula es imposible lograr mejores resultados recurriendo a tiroidectomías más radicales, lo que no tendría otras cualidades que las negativas de herir los recurrentes, llevarse las paratiroides o ir a producir mixedema.

2º—La ligadura extemporánea de las tiroideas tal y como se practica en la Mayo Clinic, hace más difícil y laboriosa la intervención. Es verdad, sin embargo que en ésta forma la exposición del vaso es mucho más fácil debido a la luz que se obtiene, pero no viene a agregar materialmente ninguna ventaja.

La precaución laudable de despertar al enfermo después de la resección de cada lóbulo viene a ser otro factor de seguridad, que no tiene por qué rechazarse. Sin embargo, cuando se emplea un tipo de anestesia más profundo no puede llevarse a cabo.

3º—La disección sistemática de los nervios recurrentes, no tiene más inconveniente que la sección de los músculos pre-tiroideos, así como las dificultades que supone la rápida identificación y disección del nervio, el cual por otra parte, no suele ser tan fácilmente palpado y encontrado como afirma Lahey.

De todas maneras, ésta última técnica tiene ventajas sobre las anteriores en el sentido de que permite un tiroidectomía más radical, y una mejor visualización de la zona peligrosa, pero transforma en cambio la intervención en una operación laboriosa, complicada y larga.

Al proponer su técnica como el mejor medio para evitar accidentes, dice enfáticamente "Siempre que un cirujano hace la declaración de la inutilidad de la disección sistemática de los nervios recurrentes, debería exigírsele que expusiera también el número de lesiones recurrenciales que ha sufrido en su práctica, así como su estadística de casos de tetania y de persistencia de hipertiroidismo".

Como se ve Lahey es categórico, no admite la posibilidad de otro método, dejando entrever que si el cirujano se aparta de dichas normas queda expuesto a accidentes.

Insiste también sobre la tolerancia de dichos nervios al manejo, a la disección y aún la compresión moderada por un tumor de la glándula.

Trata en esta forma de llevar al ánimo del cirujano el convencimiento de que la disección y el manejo de dichos nervios es fácil y asequible si se va directamente al encuentro del problema.

Subraya además las grandes variaciones anatómicas de los nervios laríngeos recurrentes, los cuales como se sabe pasan unas veces por debajo, por arriba o entre las ramas de la tiroidea inferior.

La técnica que sigue es la siguiente: Primero busca obtener la mejor luz posible para lo cual secciona los músculos pre-tiroideos en su tercio superior a fin de no privarlos de su inervación adecuada, luxa la glándula fuera de su lecho, disecciona la yugular interna y rechaza completamente mediante separadores el paquete carotideo, en esta forma logra la exposición de la tiroidea inferior en su punto emergente, detrás de la carótida primitiva, de tal modo que pueda ser disecada en todo su recorrido hasta la glándula.

Afirma que en contra de la opinión general, el recurrente laríngeo es de grosor considerable y se puede palpar frecuentemente como una cuerdecita que pasa oblicuamente de abajo arriba. Con buena iluminación, exposición adecuada y hemostasis irreproachable, así como rechazamiento bien hacia afuera del paquete carotideo, las fibras longitudinales del recurrente pueden ser expuestas rápida y fácilmente.

VALORACION DE CONJUNTO

Hemos revisado los diversos métodos puestos en planta para la adecuada protección de los recurrentes, de ésta revisión pueden ser obtenidas las siguientes conclusiones:

1º—El dejar una buena porción de glándula en la zona pleigrosa, ofrece en verdad una gran protección contra la lesión recurrencial, pero tiene la enorme desventaja de dejar una gran cantidad de glándula que hace posibles las recidivas o bien, actúa poco sobre el hipertiroidismo que va a ser tratado en ésta forma. Pemberton es un gran defensor de ésta técnica afirmando que basta extirpar del 65 al 85% de la glándula para que la enfermedad ceda y el metabolismo basal se reduzca a la normalidad.

Parecería, dice Pemberton, que dejando el equivalente de un sexto o de un cuarto de cada lóbulo, el cirujano fuera poco prudente, y se expusiera a frecuentes recidivas, sin embargo cuando éstas ocurren, se deben a las mismas causas que han actuado sobre la tiroidea y debido a la gran capacidad de regeneración de la glándula es imposible lograr mejores resultados recurriendo a tiroidectomías más radicales, lo que no tendría otras cualidades que las negativas de herir los recurrentes, llevarse las paratiroides o ir a producir mixedema.

2º—La ligadura extemporánea de las tiroideas tal y como se practica en la Mayo Clinic, hace más difícil y laboriosa la intervención. Es verdad, sin embargo que en ésta forma la exposición del vaso es mucho más fácil debido a la luz que se obtiene, pero no viene a agregar materialmente ninguna ventaja.

La precaución laudable de despertar al enfermo después de la resección de cada lóbulo viene a ser otro factor de seguridad, que no tiene porqué rechazarse. Sin embargo, cuando se emplea un tipo de anestesia más profundo no puede llevarse a cabo.

3º—La disección sistemática de los nervios recurrentes, no tiene más inconveniente que la sección de los músculos pre-tiroideos, así como las dificultades que supone la rápida identificación y disección del nervio, el cual por otra parte, no suele ser tan fácilmente palpado y encontrado como afirma Lahey.

De todas maneras, ésta última técnica tiene ventajas sobre las anteriores en el sentido de que permite un tiroidectomía más radical, y una mejor visualización de la zona peligrosa, pero transforma en cambio la intervención en una operación laboriosa, complicada y larga.

TIROIDECTOMIA SIN DISECCION DE LOS RECURRENTES Y SIN LIGADURA DE LA TIROIDEA INFERIOR

La técnica que sigo habitualmente y que tendré el gusto de mostrar a Ustedes en la película que voy a exhibir, se inspira en los trabajos de Doyen, publicados en su tratado de técnica operatoria, aparecida hace cerca de cuarenta años.

Incidentalmente haré notar la necesidad de volver de vez en cuando, a repasar los trabajos de los grandes maestros de la cirugía francesa, los cuales, injustamente olvidados frente a la creciente avalancha de trabajos, especialmente norte-americanos, conservan aún en sus viejas páginas ideas y procedimientos que no han perdido ni su interés ni su valor, y que estudiadas con dedicación y cariño, pueden aún iluminar a los cirujanos contemporáneos que, o no quieren comprenderlos o bien, por sistema, los desdeñan o los ignoran no reconociendo más mérito que lo que nos llega del vecino país del Norte.

Cuántas técnicas y cuántos procedimientos que se nos presentan inspirados en el más radical modernismo, no llevan en el fondo, esas mismas ideas, que yacen ahora olvidadas en las viejas páginas francesas.

La técnica que aconsejaba Doyen para la tiroidectomía es en sus líneas esenciales la siguiente:

1o.—Tiempo: Incisión de los tegumentos, exposición de la fascia cervical, separación de los músculos pretiroideos.

2o.—Tiempo: Descubrimiento de la glándula sin cortar los músculos pretiroideos, lo cual en cambio debe ser practicado cuando el tumor es grande.

3o.—Tiempo:—Luxación del tumor fuera de la herida operatoria. Una vez que se ha abierto la cápsula quirúrgica y que el cuerpo tiroideo aparece con su red vascular, se introduce el índice para hacer la separación, lo cual se logra en pocos minutos. A veces puede ser necesario tomar la glándula entre una pinza larga de anillos. Cuando la tiroides se encuentra ya fuera de su lecho, se secciona el ligamento suspensor, y se comienza a hacer tracción enérgica de modo que puedan ser puestos en evidencia los pedículos vasculares. La arteria tiroidea inferior en especial, cuyas relaciones con el nervio recurrente son tan íntimas, sobre todo a la derecha donde el nervio pasa a menudo entre las ramas de la arteria y for-

ma varias asas antes de penetrar en la cápsula celulosa peritiroidea. La tracción sobre la glándula alarga los pedículos vasculares y los pone en evidencia, manteniéndolos alejados del recurrente.

Esta técnica, fué dada a conocer por el Dr. Dario Fernández, quien, siempre preocupado por los temas palpitantes de la cirugía investigaba afanosamente todo aquello que pudiera servir para mejorar los procedimientos quirúrgicos haciendo más seguras y menos complicadas las intervenciones. Es por ello que El Dr. Fernández, disecaba el nervio recurrente y hacía la ligadura de la tiroidea inferior, pero, cuando conoció la técnica de Doyen, ya no volvió a practicarlo, encontrando, que ésta última era preferible.

Había sin embargo una dificultad, y era que, cuando el nervio pasa sobre la arteria, la tracción de los pedículos, como lo aconsejaba Doyen, eleva también el nervio, exponiéndolo a ser lesionado. La modificación que practicó Don Dario consistió simple y sencillamente en no dejar pedículos. Para ello, se colocan, una vez que se ha seccionado el istmo y se han ligado los pedículos superiores, una serie de pinzas inmediatamente arriba del borde posterior de la glándula, practicándose la resección sobre ellas y substituyendo después las pinzas por ligaduras.

En ésta forma, aun cuando ascienda el nervio junto con la arteria, es prácticamente imposible herirlo, porque se encuentra protegido por una delgada banda de tejido glandular.

Es esta la técnica que habitualmente empleo, y a veces algo que habrá de comprenderse mejor, dentro de un momento cuando pueda ser seguida en la película que voy a tener el gusto de mostrar a Ustedes. En ella hay algunas variantes que considero de alguna importancia, y tales son la separación de los músculos esterno tiroideos de los esterno hioideos, en la misma forma que lo hace Pemberton, y para terminar practico dos capas de suturas musculares y otra aponeurótica.

Debo agregar, que, se trate de cáncer o de recidiva, es prácticamente imposible seguir esta técnica para lo cual será necesario en tales casos practicar la disección sistemática del nervio recurrente así como la ligadura de la arteria tiroidea inferior.

En cuanto al desiderátum exigido por Lahey para los cirujanos que sostienen como yo, la inutilidad de la disección sistemática de los nervios laringeos recurrentes, declaro enfáticamente que en poco más de 400 tiroi-

TIROIDECTOMIA SIN DISECCION DE LOS RECURRENTES Y SIN LIGADURA DE LA TIROIDEA INFERIOR

La técnica que sigo habitualmente y que tendré el gusto de mostrar a Ustedes en la película que voy a exhibir, se inspira en los trabajos de Doyen, publicados en su tratado de técnica operatoria, aparecida hace cerca de cuarenta años.

Incidentalmente haré notar la necesidad de volver de vez en cuando, a repasar los trabajos de los grandes maestros de la cirugía francesa, los cuales, injustamente olvidados frente a la creciente avalancha de trabajos, especialmente norte-americanos, conservan aún en sus viejas páginas ideas y procedimientos que no han perdido ni su interés ni su valor, y que estudiadas con dedicación y cariño, pueden aún iluminar a los cirujanos contemporáneos que, o no quieren comprenderlos o bien, por sistema, los desdeñan o los ignoran no reconociendo más mérito que lo que nos llega del vecino país del Norte.

Cuántas técnicas y cuántos procedimientos que se nos presentan inspirados en el más radical modernismo, no llevan en el fondo, esas mismas ideas, que yacen ahora olvidadas en las viejas páginas francesas.

La técnica que aconsejaba Doyen para la tiroidectomía es en sus líneas esenciales la siguiente:

1o.—Tiempo: Incisión de los tegumentos, exposición de la fascia cervical, separación de los músculos pretiroideos.

2o.—Tiempo: Descubrimiento de la glándula sin cortar los músculos pretiroideos, lo cual en cambio debe ser practicado cuando el tumor es grande.

3o.—Tiempo:—Luxación del tumor fuera de la herida operatoria. Una vez que se ha abierto la cápsula quirúrgica y que el cuerpo tiroides aparece con su red vascular, se introduce el índice para hacer la separación, lo cual se logra en pocos minutos. A veces puede ser necesario tomar la glándula entre una pinza larga de anillos. Cuando la tiroides se encuentra ya fuera de su lecho, se secciona el ligamento suspensor, y se comienza a hacer tracción enérgica de modo que puedan ser puestos en evidencia los pedículos vasculares. La arteria tiroidea inferior en especial, cuyas relaciones con el nervio recurrente son tan íntimas, sobre todo a la derecha donde el nervio pasa a menudo entre las ramas de la arteria y for-

ma varias asas antes de penetrar en la cápsula celulosa peritiroidea. La tracción sobre la glándula alarga los pedículos vasculares y los pone en evidencia, manteniéndolos alejados del recurrente.

Esta técnica, fué dada a conocer por el Dr. Dario Fernández, quien, siempre preocupado por los temas palpitantes de la cirugía investigaba afanosamente todo aquello que pudiera servir para mejorar los procedimientos quirúrgicos haciendo más seguras y menos complicadas las intervenciones. Es por ello que El Dr. Fernández, disecaba el nervio recurrente y hacía la ligadura de la tiroidea inferior, pero, cuando conoció la técnica de Doyen, ya no volvió a practicarlo, encontrando, que ésta última era preferible.

Había sin embargo una dificultad, y era que, cuando el nervio pasa sobre la arteria, la tracción de los pedículos, como lo aconsejaba Doyen, eleva también el nervio, exponiéndolo a ser lesionado. La modificación que practicó Don Dario consistió simple y sencillamente en no dejar pedículos. Para ello, se colocan, una vez que se ha seccionado el istmo y se han ligado los pedículos superiores, una serie de pinzas inmediatamente arriba del borde posterior de la glándula, practicándose la resección sobre ellas y substituyendo después las pinzas por ligaduras.

En ésta forma, aun cuando ascienda el nervio junto con la arteria, es prácticamente imposible herirlo, porque se encuentra protegido por una delgada banda de tejido glandular.

Es esta la técnica que habitualmente empleo, y a veces algo que habrá de comprenderse mejor, dentro de un momento cuando pueda ser seguida en la película que voy a tener el gusto de mostrar a Ustedes. En ella hay algunas variantes que considero de alguna importancia, y tales son la separación de los músculos esterno tiroideos de los esterno hioideos, en la misma forma que lo hace Pemberton, y para terminar practico dos capas de suturas musculares y otra aponeurótica.

Debo agregar, que, se trate de cáncer o de recidiva, es prácticamente imposible seguir esta técnica para lo cual será necesario en tales casos practicar la disección sistemática del nervio recurrente así como la ligadura de la arteria tiroidea inferior.

En cuanto al desiderátum exigido por Lahey para los cirujanos que sostienen como yo, la inutilidad de la disección sistemática de los nervios laringeos recurrentes, declaro enfáticamente que en poco más de 400 tiroi-

dectomías que llevó practicadas siguiendo éste método, NO HE TENIDO UNA SOLA LESION DE LOS NERVIOS RECURRENTES, habiendo tenido en cambio dos lesiones de la tráquea, que son desde luego mucho menos graves que la lesión recurrential. He tenido también cinco casos de mixedema operatorio y 1 caso de tetania.

De la revisión que hemos hecho, así como de la valoración de conjunto de las diversas técnicas empleadas para proteger a los recurrentes, creo haber dejado en el ánimo de ustedes la convicción de que la técnica que voy a mostrarles, inspirada en Doyen, es la que mejor rodea al cirujano de seguridad, capacitándolo para practicar una tiroidectomía rápida, sencilla y poco peligrosa.

COMENTARIOS

En primer lugar como comentarista Oficial el Sr. Académico *Dr. Horacio Uzeta*, comienza agradeciendo la designación que se le hizo para comentar este trabajo, ya que considera que el Dr. García Noriega es uno de los iCrujanos con más experiencia y conocimientos en esta materia.

Está de acuerdo con la tesis sustentada de no disecar los recurrentes de un modo sistemático y cree que ese es el sentir de los Médicos Mexicanos que operan sobre tiroides y a este respecto estima que se debió hacer referencia de los trabajos de los Doctores Gutiérrez Camarena, Huerta Sánchez, Martínez Catalán, Hernández Chávez Del Razo y José Aguilar Alvarez.

El Dr. *Guillermo Alamilla* para felicitar en primer lugar al Autor y enseguida para hacer algunas consideraciones respecto al trabajo presentado; refiere sus obsevaciones hechas en Estados Unidos en el sentido de que el Cirujano Catell no hace sistemáticamente la sección de los músculos pretiroideos y refiere el caso de que en alguna intervención, después de haber disecado el nervio recurrente, lo seccionó al final de dicha intervención; piensa el Dr. Alamilla que no se debe ser tan sistemático en esta clase de Cirugía y que la disección o no del nervio estará de acuerdo con las indicaciones de cada caso, como sucederá con la sección de los músculos que se se practicará o nó según cada caso particular.

El Dr. *José Efrén Méndez* tomó la palabra para hacer un elogioso comentario del trabajo del Dr. García Noriega a quien ha ayudado en

muchas ocasiones habiéndose convencido plenamente de la magnífica técnica usada por el Autor y haciendo hincapié en las aseveraciones que el Autor hace en su trabajo son perfectamente apegadas a la realidad y que los post-operatorios que ha tenido la fortuna de observar han sido verdaderamente brillantes.

El Dr. Joaquín Correa al referirse al trabajo del Dr. García Noriega menciona el procedimiento seguido por el Dr. Dario Fernández, cuya técnica ha sido continuada por muchos cirujanos pero especialmente por el Dr. García Noriega. Da algunos detalles respecto a la forma de hacer la luxación de los lóbulos tiroideos con el fin de descubrir la arteria tiroidea inferior y hacer su ligadura correctamente, según la técnica de Kocher. Menciona autores franceses, como V. Pauchet y Sebileau, cuyos trabajos son bien conocidos en México por nuestros cirujanos. Está de acuerdo en que el nervio recurrente, no debe ser disecado en la mayoría de los casos, sobre todo por cirujanos avesados a esta clase de cirugía, en cambio para los que operan poco; cree de utilidad hacer el descubrimiento del recurrente. Que la estadística del Dr. García Noriega es muy vasta y muy bien llevada y se pregunta cuál ha sido la actitud del Autor en los casos de sección del nervio o en aquellos en que se ha hecho juntamente con la del tiroides la extirpación de las paratiroides.

El Dr. Castro Villagrana felicita al Dr. García Noriega por su trabajo que considera muy interesante por referirse a la técnica por él usada en las tiroidectomías y lo invita a que éste sea la primera fase de un estudio completo sobre la clínica de los padecimientos tiroideos y su tratamiento quirúrgico.

El Dr. Arturo de los Ríos también felicita al Autor por su estadística y piensa que no en todos los casos se puede seguir la misma técnica pues en aquellos en que la enucleación subcapsular no sea posible por adherencias de ésta a la glándula o en los casos de neoplasias del tiroides, indudablemente que el descubrimiento de los nervios es de gran importancia como lo recomienda el Profesor Lahey.

El Dr. López Esnaurrizar subraya la idea de releer los clásicos franceses, y recomienda al Autor que dada la gran significación que tuvo en esta clase de cirugía el Maestro y Académico Don Dario Fernández, se le mencione con su nombre completo en el trabajo.

El Dr. Aguilar Alvarez, felicita tanto al Autor como al comentarista

dectomías que llevó practicadas siguiendo éste método, NO HE TENIDO UNA SOLA LESION DE LOS NERVIOS RECURRENTES, habiendo tenido en cambio dos lesiones de la tráquea, que son desde luego mucho menos graves que la lesión recurrential. He tenido también cinco casos de mixedema operatorio y 1 caso de tetania.

De la revisión que hemos hecho, así como de la valoración de conjunto de las diversas técnicas empleadas para proteger a los recurrentes, creo haber dejado en el ánimo de ustedes la convicción de que la técnica que voy a mostrarles, inspirada en Doyen, es la que mejor rodea al cirujano de seguridad, capacitándolo para practicar una tiroidectomía rápida, sencilla y poco peligrosa.

COMENTARIOS

En primer lugar como comentarista Oficial el Sr. Académico *Dr. Horacio Uzeta*, comienza agradeciendo la designación que se le hizo para comentar este trabajo, ya que considera que el Dr. García Noriega es uno de los iCrujanos con más experiencia y conocimientos en esta materia.

Está de acuerdo con la tesis sustentada de no disecar los recurrentes de un modo sistemático y cree que ese es el sentir de los Médicos Mexicanos que operan sobre tiroides y a este respecto estima que se debió hacer referencia de los trabajos de los Doctores Gutiérrez Camarena, Huerta Sánchez, Martínez Catalán, Hernández Chávez Del Razo y José Aguilar Alvarez.

El Dr. *Guillermo Alamilla* para felicitar en primer lugar al Autor y enseguida para hacer algunas consideraciones respecto al trabajo presentado; refiere sus obsevaciones hechas en Estados Unidos en el sentido de que el Cirujano Catell no hace sistemáticamente la sección de los músculos pretiroideos y refiere el caso de que en alguna intervención, después de haber disecado el nervio recurrente, lo seccionó al final de dicha intervención; piensa el Dr. Alamilla que no se debe ser tan sistemático en esta clase de Cirugía y que la disección o no del nervio estará de acuerdo con las indicaciones de cada caso, como sucederá con la sección de los músculos que se se practicará o nó según cada caso particular.

El Dr. *José Efrén Méndez* tomó la palabra para hacer un elogioso comentario del trabajo del Dr. García Noriega a quien ha ayudado en

muchas ocasiones habiéndose convencido plenamente de la magnífica técnica usada por el Autor y haciendo hincapié en las aseveraciones que el Autor hace en su trabajo son perfectamente apegadas a la realidad y que los post-operatorios que ha tenido la fortuna de observar han sido verdaderamente brillantes.

El Dr. Joaquín Correa al referirse al trabajo del Dr. García Noriega menciona el procedimiento seguido por el Dr. Dario Fernández, cuya técnica ha sido continuada por muchos cirujanos pero especialmente por el Dr. García Noriega. Da algunos detalles respecto a la forma de hacer la luxación de los lóbulos tiroideos con el fin de descubrir la arteria tiroidea inferior y hacer su ligadura correctamente, según la técnica de Kocher. Menciona autores franceses, como V. Pauchet y Sebileau, cuyos trabajos son bien conocidos en México por nuestros cirujanos. Está de acuerdo en que el nervio recurrente, no debe ser disecado en la mayoría de los casos, sobre todo por cirujanos ayesados a esta clase de cirugía, en cambio para los que operan poco; cree de utilidad hacer el descubrimiento del recurrente. Que la estadística del Dr. García Noriega es muy vasta y muy bien llevada y se pregunta cuál ha sido la actitud del Autor en los casos de sección del nervio o en aquellos en que se ha hecho juntamente con la del tiroides la extirpación de las paratiroides.

El Dr. Castro Villagrana felicita al Dr. García Noriega por su trabajo que considera muy interesante por referirse a la técnica por él usada en las tiroidectomías y lo invita a que éste sea la primera fase de un estudio completo sobre la clínica de los padecimientos tiroideos y su tratamiento quirúrgico.

El Dr. Arturo de los Ríos también felicita al Autor por su estadística y piensa que nó en todos los casos se puede seguir la misma técnica pues en aquellos en que la enucleación subcapsular no sea posible por adherencias de ésta a la glándula o en los casos de neoplasias del tiroides, indudablemente que el descubrimiento de los nervios es de gran importancia como lo recomienda el Profesor Lahey.

El Dr. López Esnaurrizar subraya la idea de releer los clásicos franceses, y recomienda al Autor que dada la gran significación que tuvo en esta clase de cirugía el Maestro y Académico Don Dario Fernández, se le mencione con su nombre completo en el trabajo.

El Dr. Aguilar Alvarez, felicita tanto al Autor como al comentarista

que ha su juicio ha hecho un comentario muy conceptuoso y sesudo y muy apegado al sentido propio del tema. Después de hablar sobre algunos temas referentes a técnica, manifiesta que en lo personal él lleva operados más de 1,000 casos y solamente en uno ha habido lesión del nervio recurrente, afortunadamente sin peligros para el enfermo; que en otros dos casos hubo tetania y en uno mixedema, casos que pudieron ser controlados y curados por la terapéutica adecuada. Manifiesta que debe hacerse una comparación entre la cirugía tiroidea mexicana y la norteamericana, haciendo notar que la tendencia en México es practicar tiroidectomías totales en los casos de bocios tóxicos, que en general la escuela norteamericana tiene tendencia a practicar las tiroidectomías en forma subtotal y que debe considerarse todo el valor de la cirugía de México, cosa a que hace referencia el Dr. López Esnaurrizar.

El autor agradece en forma global los comentarios de todas las personas que se han referido a su trabajo, dando excusas por si pasara por alto alguno de modo involuntario.

Está de acuerdo con el Dr. Uzeta en reconocer primordialmente los trabajos mexicanos. Pero si no hizo mención de los señalados por el comentarista, fué porque no se referían al punto concreto de la disección de los recurrentes; por otro lado varios de esos trabajos fueron hechos con su colaboración. A continuación manifiesta su deseo de conocer la interesantísima estadística del Dr. Aguilar Alvarez por ser tan copiosa e instructiva. Al Dr. Correa le manifiesta que la maniobra de Kocher a que hace referencia es la que fundamenta la técnica de Doyen: que a él, en lo particular, nunca le ha tocado seccionar los recurrentes, que el caso que menciona fué un enfermo del Maestro Darío Fernández. Por lo que se refiere a la extirpación de las paratiroides sí ha tenido casos de tetania que han sido tratados con calcio y paratohormona, uno mortal y otro a quien se le administró por espacio de 8 meses la parato-hormona, llegándose a restablecer, al cabo del tiempo. Al Dr. de los Ríos le manifiesta que refiriéndose seguramente a la cápsula quirúrgica, considera innecesaria la aplicación de pinzas que estorban en el acto quirúrgico y que esto se subsana o sea la hemorragia, ligando las venas tiroideas medias que son las que dan sangre por sección de la cápsula; está de acuerdo en que en ciertos casos de adherencias de la cápsula ya sea porque se haya abusado del yodo en el preoperatorio o se hayan hecho aplicaciones de radio, la adherencia de la

cápsula a la glándula es más íntima y la disección por lo tanto más difícil, por lo que en este caso conviene descubrir los nervios. Al Dr. Castro Villagrana le agradece su comentario y siguiendo sus indicaciones va a continuar presentando posteriormente las observaciones clínicas al respecto. Refiriéndose al comentario del Dr. López Esnaurizar manifiesta que siendo un ferviente admirador de las técnicas norteamericanas no desconoce la importancia tan grande y la influencia que tuvieron en nuestro medio las técnicas francesas, que a su modo de ver no se debe ser rutinario, que él también vió operar al Dr. Blake quien en un caso de bocio tóxico disecó el nervio, habiendo quitado una quinta parte de la glándula, lo que le parece ilógico. Está de acuerdo con el Dr. Aguilar Alvarez en que la cirugía que en México se hace es con tendencia a la tiroidectomía total, aunque este término es aplicado a la función glandular más que a la anatomía, puesto que siempre queda una parte de glándula que no es posible extirpar; que la ausencia de mixedema se puede explicar en muchas ocasiones por la presencia de glándulas aberrantes, como sucede con las glándulas paratiroideas.

que ha su juicio ha hecho un comentario muy conceptuoso y sesudo y muy apegado al sentido propio del tema. Después de hablar sobre algunos temas referentes a técnica, manifiesta que en lo personal él lleva operados más de 1,000 casos y solamente en uno ha habido lesión del nervio recurrente, afortunadamente sin peligros para el enfermo; que en otros dos casos hubo tetania y en uno mixedema, casos que pudieron ser controlados y curados por la terapéutica adecuada. Manifiesta que debe hacerse una comparación entre la cirugía tiroidea mexicana y la norteamericana, haciendo notar que la tendencia en México es practicar tiroidectomías totales en los casos de bocios tóxicos, que en general la escuela norteamericana tiene tendencia a practicar las tiroidectomías en forma subtotal y que debe considerarse todo el valor de la cirugía de México, cosa a que hace referencia el Dr. López Esnaurrizar.

El autor agradece en forma global los comentarios de todas las personas que se han referido a su trabajo, dando excusas por si pasara por alto alguno de modo involuntario.

Está de acuerdo con el Dr. Uzeta en reconocer primordialmente los trabajos mexicanos. Pero si no hizo mención de los señalados por el comentarista, fué porque no se referían al punto concreto de la disección de los recurrentes; por otro lado varios de esos trabajos fueron hechos con su colaboración. A continuación manifiesta su deseo de conocer la interesantísima estadística del Dr. Aguilar Alvarez por ser tan copiosa e instructiva. Al Dr. Correa le manifiesta que la maniobra de Kocher a que hace referencia es la que fundamenta la técnica de Doyen: que a él, en lo particular, nunca le ha tocado seccionar los recurrentes, que el caso que menciona fué un enfermo del Maestro Darío Fernández. Por lo que se refiere a la extirpación de las paratiroides sí ha tenido casos de tetania que han sido tratados con calcio y paratohormona, uno mortal y otro a quien se le administró por espacio de 8 meses la parato-hormona, llegándose a restablecer, al cabo del tiempo. Al Dr. de los Ríos le manifiesta que refiriéndose seguramente a la cápsula quirúrgica, considera innecesaria la aplicación de pinzas que estorban en el acto quirúrgico y que esto se subsana o sea la hemorragia, ligando las venas tiroideas medias que son las que dan sangre por sección de la cápsula; está de acuerdo en que en ciertos casos de adherencias de la cápsula ya sea porque se haya abusado del yodo en el preoperatorio o se hayan hecho aplicaciones de radio, la adherencia de la

cápsula a la glándula es más íntima y la disección por lo tanto más difícil, por lo que en este caso conviene descubrir los nervios. Al Dr. Castro Villagrana le agradece su comentario y siguiendo sus indicaciones va a continuar presentando posteriormente las observaciones clínicas al respecto. Refiriéndose al comentario del Dr. López Esnaurizar manifiesta que siendo un ferviente admirador de las técnicas norteamericanas no desconoce la importancia tan grande y la influencia que tuvieron en nuestro medio las técnicas francesas, que a su modo de ver no se debe ser rutinario, que él también vió operar al Dr. Blake quien en un caso de bocio tóxico disecó el nervio, habiendo quitado una quinta parte de la glándula, lo que le parece ilógico. Está de acuerdo con el Dr. Aguilar Alvarez en que la cirugía que en México se hace es con tendencia a la tiroidectomía total, aunque este término es aplicado a la función glandular más que a la anatomía, puesto que siempre queda una parte de glándula que no es posible extirpar; que la ausencia de mixedema se puede explicar en muchas ocasiones por la presencia de glándulas aberrantes, como sucede con las glándulas paratiroideas.

Un caso de Exostosis Cartilaginosas Múltiples o Aclasis Diafisaria

PRESENTADO ANTE LA ACADEMIA MEXICANA DE
CIRUGIA CON FECHA 13 de SEPTIEMBRE de 1949.

Por el Académico Dr. DIONISIO PEREZ COSIO.

Dedicado a:

Eduardo Torrás Granet, I. T. M. R. Cubano, entusiasta e infatigable investigador de la técnica radiográfica, por lo que ha hecho y está haciendo por la radiología de México.

— O —

El caso que voy a referir es el de una joven de 16 años, remitida para su estudio por el señor Dr. Amado Torres Guerrero, de Cuautla, Mor.

La mencionada joven presentaba estatura disminuida y curvatura de ambos antebrazos.

Un examen superficial me permitió encontrar las masas de localización en algunas extremidades y que eran la causa del examen radiológico.

En esas condiciones se realizaron las placas radiográficas que se presentan con este trabajo; al estudiarlas y revisar la literatura correspondiente me encontré con que sería muy conveniente el que se realizaran además placas radiográficas de la pelvis, del tórax óseo y del tobillo, así como la necesidad de procurar conocer los antecedentes hereditarios y algunos datos sobre la niñez de la enferma.

Desgraciadamente no fué posible ninguna de las dos cosas y es por ese motivo por el cual la presentación de este caso adolece de estos defectos.

A pesar de lo anterior y juzgando el interés que tiene este caso, dada su poca frecuencia, no he dudado en presentarlo ante ustedes, haciendo además una síntesis de los conocimientos actuales sobre la enfermedad que sufre esta enferma, de acuerdo con la literatura que ha estado a mi alcance.

DEFINICION: Existe un grupo considerable de enfermedades caracterizadas por desarrollo vicioso del peri-condrio, que altera el crecimiento de los huesos derivados del cartilago y que toman el nombre de discondroplasias.

Dicho grupo de enfermedades, todas de la misma familia, reciben nombres distintos según las características especiales con que se desarrollan.

Entre ellos tenemos principalmente los encondromas múltiples o enfermedad de Ollier la cual se caracteriza por la formación de encondromas múltiples de localización preferente en los metacarpianos y falanges de las manos; el síndrome de Maffucci, descrito en 1881 y que se caracteriza porque el proceso discondroplásico se encuentra asociado con hemangiomas cavernosos y flebolitos en los tejidos blandos; es decir el síndrome de Maffucci es la enfermedad de Ollier, asociado a hemangiomas cavernosos y flebolitos en los tejidos blandos; la acondroplasia, que se caracteriza por trastorno del crecimiento de las extremidades sin que se modifique el tamaño del tronco y cráneo lo que acarrea enanismo desproporcionado; la enfermedad de Morquio, u osteo-condrodistrofia deformante, que se caracteriza por tratarse también de enfermedad familiar, sin invadir la cabeza y con ataque al tórax, vértebras y extremidades. Frecuentemente se desarrolla cifosis y en las extremidades se observa genu-valgum, pie plano, coxa-vara, escoliosis y húmero-varo; la osteopoikilosis u osteopatía condensante, descrita Por Albers-Schoenberg, hereditaria también, asintomática y caracterizada por la aparición de manchas de densidad cálcica, circunstancia y de forma redonda u oval.

La lipocondro-distrofia llamada también gorgolismo o disostosis múltiple; la enfermedad marmórea de Albers Schonberg y las exostosis cartilaginosas múltiples, enfermedad de la cual vamos a presentar en esta ocasión algunas imágenes radiográficas.

La exostosis cartilaginosa múltiple es una enfermedad congénita,

Un caso de Exostosis Cartilaginosas Múltiples o Aclasis Diafisaria

PRESENTADO ANTE LA ACADEMIA MEXICANA DE
CIRUGIA CON FECHA 13 de SEPTIEMBRE de 1949.

Por el Académico Dr. DIONISIO PEREZ COSIO.

Dedicado a:

Eduardo Torrás Granet, I. T. M. R. Cubano, entusiasta e infatigable investigador de la técnica radiográfica, por lo que ha hecho y está haciendo por la radiología de México.

— O —

El caso que voy a referir es el de una joven de 16 años, remitida para su estudio por el señor Dr. Amado Torres Guerrero, de Cuautla, Mor.

La mencionada joven presentaba estatura disminuida y curvatura de ambos antebrazos.

Un examen superficial me permitió encontrar las masas de localización en algunas extremidades y que eran la causa del examen radiológico.

En esas condiciones se realizaron las placas radiográficas que se presentan con este trabajo; al estudiarlas y revisar la literatura correspondiente me encontré con que sería muy conveniente el que se realizaran además placas radiográficas de la pelvis, del tórax óseo y del tobillo, así como la necesidad de procurar conocer los antecedentes hereditarios y algunos datos sobre la niñez de la enferma.

Desgraciadamente no fué posible ninguna de las dos cosas y es por ese motivo por el cual la presentación de este caso adolece de estos defectos.

A pesar de lo anterior y juzgando el interés que tiene este caso, dada su poca frecuencia, no he dudado en presentarlo ante ustedes, haciendo además una síntesis de los conocimientos actuales sobre la enfermedad que sufre esta enferma, de acuerdo con la literatura que ha estado a mi alcance.

DEFINICION: Existe un grupo considerable de enfermedades caracterizadas por desarrollo vicioso del peri-condrio, que altera el crecimiento de los huesos derivados del cartilago y que toman el nombre de discondroplasias.

Dicho grupo de enfermedades, todas de la misma familia, reciben nombres distintos según las características especiales con que se desarrollan.

Entre ellos tenemos principalmente los encondromas múltiples o enfermedad de Ollier la cual se caracteriza por la formación de encondromas múltiples de localización preferente en los metacarpianos y falanges de las manos; el síndrome de Maffucci, descrito en 1881 y que se caracteriza porque el proceso discondroplásico se encuentra asociado con hemangiomas cavernosos y flebolitos en los tejidos blandos; es decir el síndrome de Maffucci es la enfermedad de Ollier, asociado a hemangiomas cavernosos y flebolitos en los tejidos blandos; la acondroplasia, que se caracteriza por trastorno del crecimiento de las extremidades sin que se modifique el tamaño del tronco y cráneo lo que acarrea enanismo desproporcionado; la enfermedad de Morquio, u osteo-condrodistrofia deformante, que se caracteriza por tratarse también de enfermedad familiar, sin invadir la cabeza y con ataque al tórax, vértebras y extremidades. Frecuentemente se desarrolla cifosis y en las extremidades se observa genu-valgum, pie plano, coxa-vara, escoliosis y húmero-varo; la osteopoikilosis u osteopatía condensante, descrita Por Albers-Schoenberg, hereditaria también, asintomática y caracterizada por la aparición de manchas de densidad cálcica, circunstancia y de forma redonda u oval.

La lipocondro-distrofia llamada también gorgolismo o disostosis múltiple; la enfermedad marmórea de Albers Schonberg y las exostosis cartilaginosas múltiples, enfermedad de la cual vamos a presentar en esta ocasión algunas imágenes radiográficas.

La exostosis cartilaginosa múltiple es una enfermedad congénita,

caracterizada por trastorno condral y trastorna el crecimiento de los huesos que se derivan del cartilago. El trastorno del crecimiento consiste en que es asimétrico, con formación de verdaderos tumores cartilaginosos de localización metafisiaria, que aparecen en la placa radiográfica en forma de excrescencias, cuya estructura también es esponjosa en su porción interna y compacta en su porción externa. A menudo aparecen calcificadas. Testut dice que probablemente el trastorno se debe a una fragmentación del cartilago de conjunción y al aislamiento de uno de sus fragmentos por tejido conjuntivo que se vuelve fibroso y que lo aísla del cartilago y que este núcleo cartilaginoso dadas sus condiciones idénticas de vascularización al resto del cartilago evolucionará por cuenta propia sin contribuir a la edificación normal de los huesos, tratándose pues de una proliferación ósea aberrante por tejido óseo normal.

Esto acarrea casi constantemente deformidades esqueléticas, principalmente curvatura de las diáfisis de los huesos largos y ensanchamiento e irregularidad de sus terminaciones metafisiarias.

Ehrenfried ha llamado a esta enfermedad la condrodisplasia deformante hereditaria y en Inglaterra se la conoce como displasia exostótica o aclasis diafisiaria.

Este nombre lo fué dado por Keith, en 1919 en virtud de que no hay periostio en los sitios de implantación de las exostosis.

ETIOLOGIA

La causa es desconocida. Se dice que el factor causal actúa entre el 40. y el 80. mes de la vida fetal, pero no hay pruebas evidentes.

Se acepta que el factor hereditario tiene un gran valor y que la enfermedad puede ser transmitida por el padre o por la madre ya sea enfermos o no.

Stocks y Barrington en 1925 encontró evidencias de factor hereditario en un 65% en 1102 casos estudiados. La anomalía ha sido encontrada hasta después de cinco generaciones.



Fig. 1:

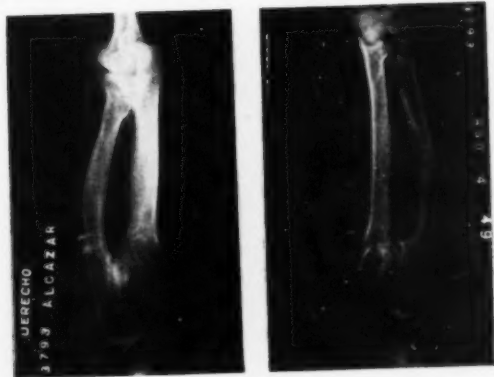


Fig. 2:

caracterizada por trastorno condral y trastorna el crecimiento de los huesos que se derivan del cartilago. El trastorno del crecimiento consiste en que es asimétrico, con formación de verdaderos tumores cartilaginosos de localización metafisiaria, que aparecen en la placa radiográfica en forma de excrescencias, cuya estructura también es esponjosa en su porción interna y compacta en su porción externa. A menudo aparecen calcificadas. Testut dice que probablemente el trastorno se debe a una fragmentación del cartilago de conjunción y al aislamiento de uno de sus fragmentos por tejido conjuntivo que se vuelve fibroso y que lo aísla del cartilago y que este núcleo cartilaginoso dadas sus condiciones idénticas de vascularización al resto del cartilago evolucionará por cuenta propia sin contribuir a la edificación normal de los huesos, tratándose pues de una proliferación ósea aberrante por tejido óseo normal.

Esto acarrea casi constantemente deformidades esqueléticas, principalmente curvatura de las diáfisis de los huesos largos y ensanchamiento e irregularidad de sus terminaciones metafisiarias.

Ehrenfried ha llamado a esta enfermedad la condrodisplasia deformante hereditaria y en Inglaterra se la conoce como displasia exostótica o aclasis diafisiaria.

Este nombre lo fué dado por Keith, en 1919 en virtud de que no hay periostio en los sitios de implantación de las exostosis.

ETIOLOGIA

La causa es desconocida. Se dice que el factor causal actúa entre el 40. y el 80. mes de la vida fetal, pero no hay pruebas evidentes.

Se acepta que el factor hereditario tiene un gran valor y que la enfermedad puede ser transmitida por el padre o por la madre ya sea enfermos o no.

Stocks y Barrington en 1925 encontró evidencias de factor hereditario en un 65% en 1102 casos estudiados. La anomalía ha sido encontrada hasta después de cinco generaciones.



Fig. 1:

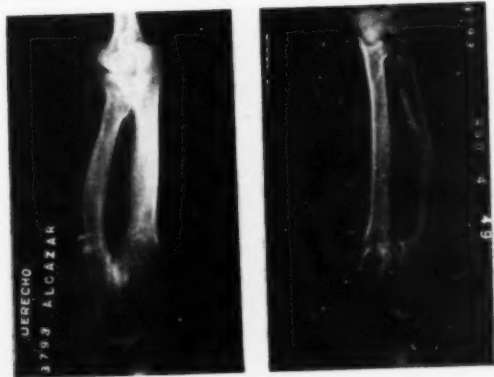


Fig. 2:



Fig. 3.



Fig. 4.

DR. PÉREZ COSÍO

PATOLOGÍA

La afección se localiza principalmente en las extremidades de los huesos largos.

Es frecuente que los pacientes sean de estatura baja y que tengan de forma curva los miembros. Pueden también estar alterados los huesos planos como la escápula o la pelvis. No es frecuente que el mal comprenda los huesos del cráneo.

Aparece habitualmente en la pubertad, pero se han referido casos en que la iniciación ha sido a los 4 años.

El padecimiento se acompaña a menudo de dolor.

Las lesiones tienden a disminuir cuando se termina la maduración ósea.

Las masas cartilaginosas anormales pueden acarrear trastornos en las articulaciones del codo y de las rodillas impidiendo la flexión y cuando se localizan en la columna vertebral, (lo cual no es frecuente), pueden producir fenómenos de parálisis por compresión.

La extirpación modifica los trastornos de compresión.

EXAMEN HISTOLOGICO

La sección muestra que la exostosis está formada por tejido esponjoso que se continúa con el del hueso en donde está implantado y el vértice está cubierto con tejido esponjoso.

Las exostosis cartilaginosas pueden degenerar dando lugar a cambios malignos, muy raros para Schinz. Sin embargo Geschikter and Gopeland han referido (1936) cambios malignos en 7% de 262 casos.

IMAGENES RADIOLOGICAS

Las imágenes habituales de las exostosis muestran ensanchamiento de la región alterada y adelgazamiento de la corteza.

Las exostosis pueden estar unidas al hueso por medio de pedículos que varían de amplitud y los osteofitos habitualmente apuntan hacia la diáfisis.



Fig. 3.



Fig. 4.

DR. PÉREZ COSÍO

PATOLOGÍA

La afección se localiza principalmente en las extremidades de los huesos largos.

Es frecuente que los pacientes sean de estatura baja y que tengan de forma curva los miembros. Pueden también estar alterados los huesos planos como la escápula o la pelvis. No es frecuente que el mal comprenda los huesos del cráneo.

Aparece habitualmente en la pubertad, pero se han referido casos en que la iniciación ha sido a los 4 años.

El padecimiento se acompaña a menudo de dolor.

Las lesiones tienden a disminuir cuando se termina la maduración ósea.

Las masas cartilaginosas anormales pueden acarrear trastornos en las articulaciones del codo y de las rodillas impidiendo la flexión y cuando se localizan en la columna vertebral, (lo cual no es frecuente), pueden producir fenómenos de parálisis por compresión.

La extirpación modifica los trastornos de compresión.

EXAMEN HISTOLOGICO

La sección muestra que la exostosis está formada por tejido esponjoso que se continúa con el del hueso en donde está implantado y el vértice está cubierto con tejido esponjoso.

Las exostosis cartilaginosas pueden degenerar dando lugar a cambios malignos, muy raros para Schinz. Sin embargo Geschikter and Gopeland han referido (1936) cambios malignos en 7% de 262 casos.

IMAGENES RADIOLOGICAS

Las imágenes habituales de las exostosis muestran ensanchamiento de la región alterada y adelgazamiento de la corteza.

Las exostosis pueden estar unidas al hueso por medio de pedículos que varían de amplitud y los osteofitos habitualmente apuntan hacia la diáfisis.

Las extremidades de los huesos detienen su desarrollo resultando acortamiento y el hueso adyacente, se encurva sin libertad para alargarse. Así el cúbito causa frecuentemente la curvatura del radio. La fusión entre cúbito y radio y entre tibia y peroné son también muy frecuentes.

Las exostosis cartilaginosas van ligadas frecuentemente con retardos del desarrollo, siendo así posible observar diferencias de tamaño de algún metacarpiano o falange, acortamiento del cúbito en relación con el radio o del peroné o tibia o la inversa.

EN EL PRESENTE CASO se trata de una joven de 16 años quien presenta curvatura de los antebrazos y estatura patológicamente baja.

Las placas radiográficas de las regiones atacadas revelan lo siguiente:

MANOS.—Mano derecha: Se observa diferente desarrollo de los metacarpianos, que muestran pequeñas exostosis, tanto en las extremidades proximales como en las distales.

En las primeras falanges del dedo medio y del anular también se observan pequeñas exostosis.

La 2a. falange del dedo medio aparece deformada.

MANO IZQUIERDA: También se observa diferente crecimiento de los metacarpianos apareciendo el 5o. francamente corto en relación a los demás.

También se observa exostosis en las extremidades proximales y en las distales del dedo anular y del índice.

En las primeras falanges de los dedos pequeño e índice también se observa exostosis. La 2a. falange del dedo índice aparece deformada en forma semejante a la mano derecha.

ANTEBRAZO: Se observa situación semejante en ambos antebrazos. El radio aparece encurvado y el cúbito corto, terminando en punta. Se observa fusión en ambos huesos aunque es mucho mayor en el lado izquierdo en donde se observa una exostosis de gran tamaño que une a ambas extremidades.

HOMBRO DERECHO: Se observa una exostosis cerca de la extremidad superior. Las líneas epifisiarias se encuentran abiertas, pero esto está dentro de la normalidad dada la edad de la enferma.



Fig. 5.



Fig. 6.

Las extremidades de los huesos detienen su desarrollo resultando acortamiento y el hueso adyacente, se encurva sin libertad para alargarse. Así el cúbito causa frecuentemente la curvatura del radio. La fusión entre cúbito y radio y entre tibia y peroné son también muy frecuentes.

Las exostosis cartilaginosas van ligadas frecuentemente con retardos del desarrollo, siendo así posible observar diferencias de tamaño de algún metacarpiano o falange, acortamiento del cúbito en relación con el radio o del peroné o tibia o la inversa.

EN EL PRESENTE CASO se trata de una joven de 16 años quien presenta curvatura de los antebrazos y estatura patológicamente baja.

Las placas radiográficas de las regiones atacadas revelan lo siguiente:

MANOS.—Mano derecha: Se observa diferente desarrollo de los metacarpianos, que muestran pequeñas exostosis, tanto en las extremidades proximales como en las distales.

En las primeras falanges del dedo medio y del anular también se observan pequeñas exostosis.

La 2a. falange del dedo medio aparece deformada.

MANO IZQUIERDA: También se observa diferente crecimiento de los metacarpianos apareciendo el 5o. francamente corto en relación a los demás.

También se observa exostosis en las extremidades proximales y en las distales del dedo anular y del índice.

En las primeras falanges de los dedos pequeño e índice también se observa exostosis. La 2a. falange del dedo índice aparece deformada en forma semejante a la mano derecha.

ANTEBRAZO: Se observa situación semejante en ambos antebrazos. El radio aparece encurvado y el cúbito corto, terminando en punta. Se observa fusión en ambos huesos aunque es mucho mayor en el lado izquierdo en donde se observa una exostosis de gran tamaño que une a ambas extremidades.

HOMBRO DERECHO: Se observa una exostosis cerca de la extremidad superior. Las líneas epifisiarias se encuentran abiertas, pero esto está dentro de la normalidad dada la edad de la enferma.



Fig. 5.



Fig. 6.

Fig. 7.



Fig. 8.

ACLASIS DIAFISIARIA

HOMBRO IZQUIERDO: (Fig. 4). También se observan exostosis aunque de menor longitud.

RODILLAS; RODILLA DERECHA: (Fig. 5). Se observa la presencia de varias exostosis tanto en la extremidad inferior del fémur como en la extremidad superior de la tibia. En esta se observa fusón del peroné y de la tibia englobada por la exostosis.

RODILLA IZQUIERDA: (Fig. 6). En la extremidad inferior del fémur obsérvanse dos exostosis de aspecto diferente: una en forma de coliflor con la periferia calcificada y otra en forma alargada.

En la extremidad inferior se observa una situación semejante a la de la rodilla derecha; es decir la extremidad superior del peroné se encuentra englobada dentro de la exostosis.

CRANEO: (Fig. 7). No hay anomalía evidente del cráneo.

BIBLIOGRAFIA

- BELL, E. T.—A. Text Book of Pathology. Lea Febiger; 1948:
BRAILSFORD J. F.—Radiology of Bones and Joints. Williams & Wilkins Co. 1944.
CAFFEY J.—Pediatric X Ray Diagnosis:—The Year Book Publishers, Inc: 1945.
EWING J.—Neoplastic Descases.—W: R: Saunders Co: 1940.
FAIRBANKS, H. A.—Discendroplasia Journal. Bone and Joint Surgery 1948 pág: 689:
FAIRBANKS, H. A.—Diaphysial aclasis Bone and Joint Surgery 1949 Feb. pág: 105-113.
KOHLEK. A.—Roentgenología Edit. Labor. 1933:
KRAUSE, G. R.—Dyschondroplasia with Hemangiomata. (Maffucci's Syndrome) Amer. J. R. R: 1944, dec: pág: 620:
PILLMORE, G. U.—Clinical Radiology. F: A: Davis Co: 1946:
SCHINZ BAENSCH FRIEDL.—Rontgen Diagnóstico Salvat Edit. 1932.
TESTUT L.—Tratado de Anatomía Humana-Salvat Edit. 1943.

Hernia Congénita Diafragmática (*)

Importancia anatómica y quirúrgica del ligamento triangular izquierdo del hígado.

Philip Thorek, M. D., F. A. C. S. Chicago

Traducción e imitación de dibujos por el
Dr. Salvador Sánchez.

La hernia diafragmática no es una lesión común en el recién nacido y puesto que puede curarse satisfactoria y permanentemente por procedimientos quirúrgicos apropiados, es muy importante el diagnóstico oportuno. Ahora bien, se dispone de una extensa literatura sobre el tema de la hernia diafragmática. Poca atención ha sido dada a la enfermedad durante los primeros días o semanas de nacido. Una muerte repentina al nacer o poco después es comunmente atribuida a una lesión cardíaca congénita o a un timo hipertrofiado; aunque bien establecida, la hernia congénita diafragmática, el diagnóstico no suele hacerse, en semejantes casos, Grulee ha pregonado que se debe sospechar dicho padecimiento, cuando se hace el diagnóstico de "supuesta dextrocardia".

Poca o ninguna mención se ha hecho del ligamento triangular izquierdo del hígado a pesar de que él corresponde la exposición y reparación quirúrgica de dicha hernia. Un breve repaso de la estructura del ligamento nos ayudará a aclarar su importancia quirúrgica. El ligamento falsiforme consta de dos hojas de peritoneo (1). En la parte posterior de la superficie posterior del hígado, la hoja izquierda del ligamento se dirige a la izquierda

(*) Reproducido de "Archives of Surgery" con permiso especial de la American Medical Association y del Autor, para "Cirugía y Cirujanos".

(1) Grulee, C. G.: Hirschsprung's Disease, Internat. Clin. 2: 100, 1915.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

y forma la hoja superior del ligamento triangular izquierdo. Después de ésto se dirige, de la superficie superior del lóbulo izquierdo del hígado, al diafragma. En la extremidad izquierda del ligamento triangular izquierdo las hojas cambian a la derecha mientras que la hoja más inferior del ligamento triangular izquierdo, y en la extremidad superior de la fisura del ligamento venoso, se continúa con el epiplón menor. El ligamento triangular izquierdo es extensión de un repliegue peritoneal que puede palparse entre dos dedos. El ligamento triangular derecho no es muy bien marcado. Estas dos hojas se separan luego hacia arriba y bajo las hojas del ligamento coronario limitando el área desnuda, en la parte posterior del hígado, arriba y abajo. La hoja superior del ligamento coronario se refleja hacia el lóbulo derecho del hígado sobre el diafragma. La hoja inferior se refleja sobre el riñón derecho como ligamento hepato-renal. Cuando es seccionada a estructura del ligamento triangular, se puede ver el orificio esofágico y la hernia diafragmática. Esta maniobra permite el desplazamiento, a la derecha, del lóbulo izquierdo del hígado. Cuando no se puede hacer ésto es extremadamente difícil visualizar el anillo herniario puesto que el hígado lo cubre. Esto hace la reducción del contenido y la reparación en extremo difíciles.

Morgagni en 1769 escribe la primera monografía del tema aun cuando Ambroise Pare reportó 2 casos traumáticos en 1610. Una variación marcada de los reportes publicados hace difícil estimar la incidencia de éste padecimiento. En 1920 MacMillan (2) señala solamente 3 casos en el curso de 15,000 exploraciones radiológicas, y en 1924 Pancoast y Boles (3) reportan 16 casos descubiertos en 9,000 series de roentgenogramas gastrointestinales. Bradley (4) en 1930 cita las cifras de la Clínica Mayo: 1 en 18,000 internados. Después de una revisión completa de la literatura, Truesdale (5) publica los datos en Mayo de, 1936, señalando comparativamente los pocos casos reportados, y atribuye la aparente rareza de la lesión, a la dificultad del diagnóstico más que a su poca frecuencia, indican-

- 2.—MACMILLAN, A. S.—Diaphragmatic Hernia, Am. J. Roentgenol. 7: 143, 1920.
- 3.—PANCOAST, H. K., and BOLES, R. E.—Nontraumatic Diaphragmatic Hernia.
- 4.—BRADLEY, W. N.; ZULICH, J. D., and McKEE, E. E.—Congenital Diaphragmatic Hernia: Preliminary Report of a Case, Arch. Pediat, 1930.

Hernia Congénita Diafragmática (*)

Importancia anatómica y quirúrgica del ligamento triangular izquierdo del hígado.

Philip Thorek, M. D., F. A. C. S. Chicago

Traducción e imitación de dibujos por el
Dr. Salvador Sánchez.

La hernia diafragmática no es una lesión común en el recién nacido y puesto que puede curarse satisfactoria y permanentemente por procedimientos quirúrgicos apropiados, es muy importante el diagnóstico oportuno. Ahora bien, se dispone de una extensa literatura sobre el tema de la hernia diafragmática. Poca atención ha sido dada a la enfermedad durante los primeros días o semanas de nacido. Una muerte repentina al nacer o poco después es comunmente atribuida a una lesión cardíaca congénita o a un timo hipertrofiado; aunque bien establecida, la hernia congénita diafragmática, el diagnóstico no suele hacerse, en semejantes casos, Grulee ha pregonado que se debe sospechar dicho padecimiento, cuando se hace el diagnóstico de "supuesta dextrocardia".

Poca o ninguna mención se ha hecho del ligamento triangular izquierdo del hígado a pesar de que él corresponde la exposición y reparación quirúrgica de dicha hernia. Un breve repaso de la estructura del ligamento nos ayudará a aclarar su importancia quirúrgica. El ligamento falsiforme consta de dos hojas de peritoneo (1). En la parte posterior de la superficie posterior del hígado, la hoja izquierda del ligamento se dirige a la izquierda

(*) Reproducido de "Archives of Surgery" con permiso especial de la American Medical Association y del Autor, para "Cirugía y Cirujanos".

(1) Grulee, C. G.: Hirschsprung's Disease, Internat. Clin. 2: 100, 1915.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

y forma la hoja superior del ligamento triangular izquierdo. Después de ésto se dirige, de la superficie superior del lóbulo izquierdo del hígado, al diafragma. En la extremidad izquierda del ligamento triangular izquierdo las hojas cambian a la derecha mientras que la hoja más inferior del ligamento triangular izquierdo, y en la extremidad superior de la fisura del ligamento venoso, se continúa con el epiplón menor. El ligamento triangular izquierdo es extensión de un repliegue peritoneal que puede palparse entre dos dedos. El ligamento triangular derecho no es muy bien marcado. Estas dos hojas se separan luego hacia arriba y bajo las hojas del ligamento coronario limitando el área desnuda, en la parte posterior del hígado, arriba y abajo. La hoja superior del ligamento coronario se refleja hacia el lóbulo derecho del hígado sobre el diafragma. La hoja inferior se refleja sobre el riñón derecho como ligamento hepato-renal. Cuando es seccionada a estructura del ligamento triangular, se puede ver el orificio esofágico y la hernia diafragmática. Esta maniobra permite el desplazamiento, a la derecha, del lóbulo izquierdo del hígado. Cuando no se puede hacer ésto es extremadamente difícil visualizar el anillo herniario puesto que el hígado lo cubre. Esto hace la reducción del contenido y la reparación en extremo difíciles.

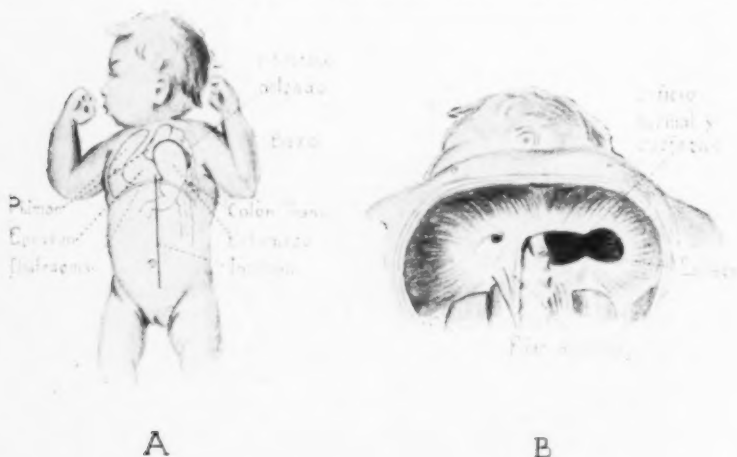
Morgagni en 1769 escribe la primera monografía del tema aun cuando Ambroise Pare reportó 2 casos traumáticos en 1610. Una variación marcada de los reportes publicados hace difícil estimar la incidencia de éste padecimiento. En 1920 MacMillan (2) señala solamente 3 casos en el curso de 15,000 exploraciones radiológicas, y en 1924 Pancoast y Boles (3) reportan 16 casos descubiertos en 9,000 series de roentgenogramas gastrointestinales. Bradley (4) en 1930 cita las cifras de la Clínica Mayo: 1 en 18,000 internados. Después de una revisión completa de la literatura, Truesdale (5) publica los datos en Mayo de, 1936, señalando comparativamente los pocos casos reportados, y atribuye la aparente rareza de la lesión, a la dificultad del diagnóstico más que a su poca frecuencia, indican-

- 2.—MACMILLAN, A. S.—Diaphragmatic Hernia, Am. J. Roentgenol. 7: 143, 1920.
- 3.—PANCOAST, H. K., and BOLES, R. E.—Nontraumatic Diaphragmatic Hernia.
- 4.—BRADLEY, W. N.; ZULICH, J. D., and McKEE, E. E.—Congenital Diaphragmatic Hernia: Preliminary Report of a Case, Arch. Pediat, 1930.

do que solo 21 pacientes de menos de 10 años de edad fueron operados, ya antes en 1931 habia señalado una mortalidad de 41%. En 1931 Hedblom (6) reunió 1435 casos de la literatura. En 1933 Harrington (7) reveló haber tenido en 8 años 5 veces tantos casos como la Clínica Mayo en los 24 años precedentes.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO

El desarrollo embriológico del diafragma es complicado porque las diferentes partes diafragmáticas tienen diversos orígenes. Las partes an-



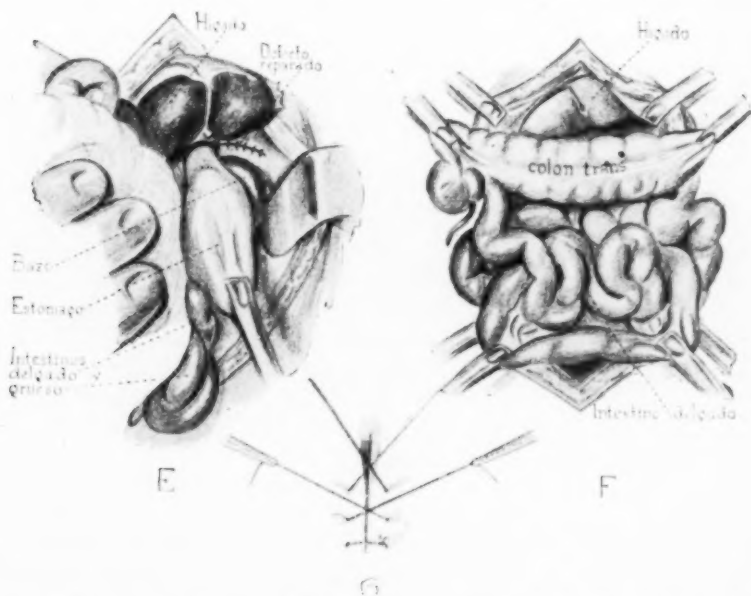
terior, laterales y central que forman la mayor porción, están formadas por la fusión del septum transversum y el mesenterio ventral. La parte posterolateral está formada por la fusión del mesenterio dorsal y el mesodermo de donde se deriva el cuerpo wolffiano y la membrana pleuroperitoneal. Algunos embriólogos dividen el desarrollo del diafragma en 3 estadios: En el primer estadio la cavidad celómica es una y continua hasta que el desarrollo de los órganos la divide en 3 cavidades: pericardíaca, pleural y pe-

(6). Hedblom, C. A.: Diaphragmatic Hernia, Ann: Surg: 94:776; 1931

(7). Harrington, S. W.: Diaphragmatic Hernia: Symptoms and Surgical Treatment in Sixty Cases; J: A: M: A: 101:987 (Sep. 23) 1933:

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

ritoneal. El septum transversum forma la parte ventral del diafragma; la cavidad pericardiaca descansa en la ventral. Después el septum es confinado a la mitad ventral del embrión permaneciendo en comunicación las cavidades pleural y peritoneal. El resultado de esta continuidad es el canal pleuro peritoneal y el desarrollo del esófago, estómago y sus mesenterios a través de ella. El desarrollo procedería solamente de este punto, los órganos abdominales tendrían un camino en el tórax. Una hernia que ocurriera en este estadio no tendría saco. En el segundo periodo, el canal

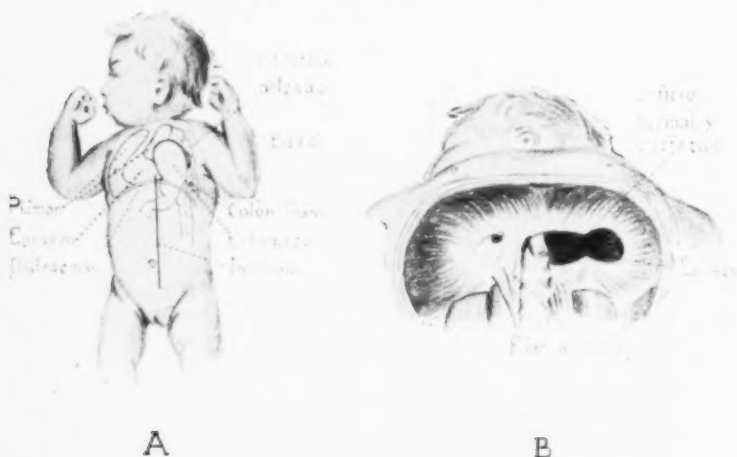


pleuro peritoneal se oblitera por la proliferación del mesenterio primitivo dorsal del estómago y esófago. Las cavidades pleural y peritoneal están ahora completamente formadas y si una hernia se presentara durante esta fase debe tener saco. Durante la tercera fase o final, el nervio frénico con una masa muscular invade el diafragma. Este músculo reemplaza las estructuras membranosas; la última área que ha sido incompleta la parte posterior sería cerrada solamente por la pleura y el peritoneo, y en este

do que solo 21 pacientes de menos de 10 años de edad fueron operados, ya antes en 1931 habia señalado una mortalidad de 41%. En 1931 Hedblom (6) reunió 1435 casos de la literatura. En 1933 Harrington (7) reveló haber tenido en 8 años 5 veces tantos casos como la Clínica Mayo en los 24 años precedentes.

DESARROLLO EMBRIOLÓGICO

El desarrollo embriológico del diafragma es complicado porque las diferentes partes diafragmáticas tienen diversos orígenes. Las partes an-



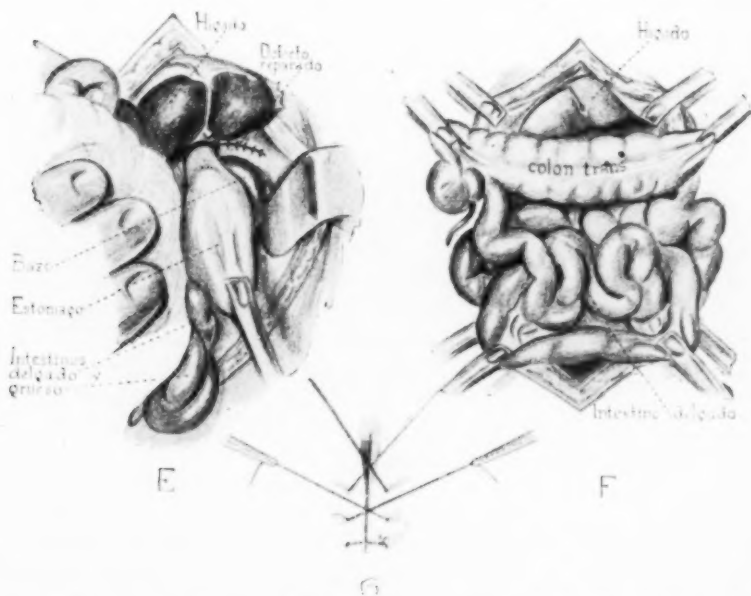
terior, laterales y central que forman la mayor porción, están formadas por la fusión del septum transversum y el mesenterio ventral. La parte posterolateral está formada por la fusión del mesenterio dorsal y el mesodermo de donde se deriva el cuerpo wolffiano y la membrana pleuroperitoneal. Algunos embriólogos dividen el desarrollo del diafragma en 3 estadios: En el primer estadio la cavidad celómica es una y continua hasta que el desarrollo de los órganos la divide en 3 cavidades: pericardíaca, pleural y pe-

(6). Hedblom, C. A.: Diaphragmatic Hernia, Ann: Surg: 94:776; 1931

(7). Harrington, S. W.: Diaphragmatic Hernia: Symptoms and Surgical Treatment in Sixty Cases; J: A: M: A: 101:987 (Sep. 23) 1933:

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

ritoneal. El septum transversum forma la parte ventral del diafragma; la cavidad pericardiaca descansa en la ventral. Después el septum es confinado a la mitad ventral del embrión permaneciendo en comunicación las cavidades pleural y peritoneal. El resultado de esta continuidad es el canal pleuro peritoneal y el desarrollo del esófago, estómago y sus mesenterios a través de ella. El desarrollo procedería solamente de este punto, los órganos abdominales tendrían un camino en el tórax. Una hernia que ocurriera en este estadio no tendría saco. En el segundo periodo, el canal



pleuro peritoneal se oblitera por la proliferación del mesenterio primitivo dorsal del estómago y esófago. Las cavidades pleural y peritoneal están ahora completamente formadas y si una hernia se presentara durante esta fase debe tener saco. Durante la tercera fase o final, el nervio frénico con una masa muscular invade el diafragma. Este músculo reemplaza las estructuras membranosas; la última área que ha sido incompleta la parte posterior sería cerrada solamente por la pleura y el peritoneo, y en este

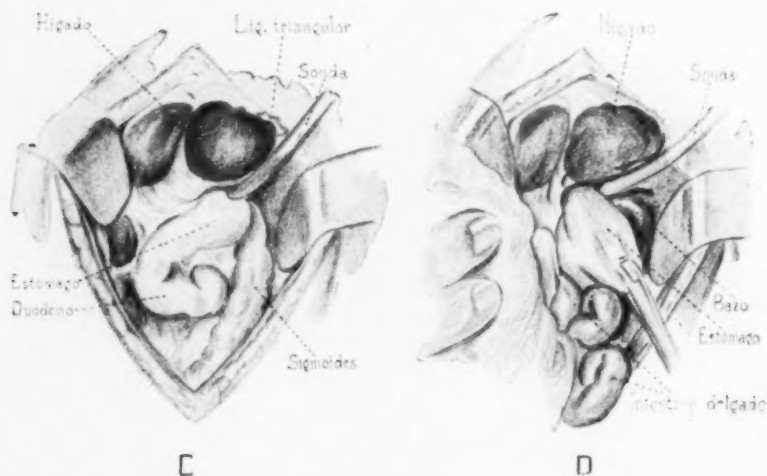
DR. PHILIP THOREK

caso el pilar del diafragma que forma el dorso del músculo estaría ausente todo o en parte.

CLASIFICACION

Aunque muchas clasificaciones han sido utilizadas sería conveniente usar una que sea de valor práctico. De acuerdo con la mayoría de los autores, las hernias diafragmáticas congénitas ocurren en los sitios siguientes:

1.—En las porciones pósterolaterales a lo largo del canal pleuro-peri-



toneal embrionario (foramene Bochdalek). Este es el sitio más común, y las hernias que aparecen aquí son casi cuatro veces más comunes a la izquierda que a la derecha.

2.—A través del hiato esofágico. Este es el tipo debido ordinariamente a la falta de desarrollo de uno o de ambos pilares diafragmáticos. Este es el caso que estoy presentando.

3.—En el área retroesternal (foramen de Morgagni). Estas son herniaciones a través de las inserciones retroesternales del diafragma y son las menos comunes.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Las herniaciones a través de los ojales de la aorta o de la vena cava no han sido reportados.

Cuando una hernia diafragmática tiene saco, su fondo superior está limitado. Cuando no se presenta saco, la cavidad pleural afectada está ocupada por pulmón colapsado, estómago, intestinos delgado y grueso y el bazo o el hígado según el lado de la hernia.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.

La hernia diafragmática congénita puede dar síntomas referibles a los tres sistemas ordinariamente atacados, a saber, digestivo, circulatorio y respiratorio. Estos resultan de la interferencia mecánica con las funciones de la viscera, y la severidad de los síntomas depende del número de órganos desalojados. Cualquier recién nacido que presente continuamente cianosis, disnea o vómito o cualquier combinación de estos debe ser sospechoso de tener una hernia diafragmática. Los síntomas varían en grado considerable, y muchos pacientes aún pueden estar libres de síntomas. A veces la hernia es solamente descubierta durante el curso de un examen radiológico rutinario. Greenwald y Steiner (8) han establecido que la cianosis es el signo más constante. Esta puede presentarse inmediatamente después del nacimiento, o puede ser transitoria y aparecer durante el llanto o la alimentación. Ocasionalmente puede ser descubierta al voltear al niño de tal modo que la hernia quede hacia abajo. Los trastornos respiratorios varían desde la insuficiencia respiratoria espontánea, con subsecuente muerte al nacer, hasta la insignificante pero sugestiva observación de un débil grito. Muchos han mencionado el valor diagnóstico de esto último. Considerando los síntomas gastrointestinales, Harrington (7) estableció que los síntomas vagos de dispepsia no están en proporción con la magnitud de la lesión. Las dificultades empiezan cuando el intestino o estómago sobrecargados, sufren una distensión, como resultado de esto, la presión torácica aumentada impide la acción del corazón y los pulmones. Una vez que los intestinos han pasado al tórax, la presión negativa del tórax dificulta e impide la reducción espontánea. El vómito puede ser de todos los alimentos o puede ser una molestia ocasional e insignificante. En pacientes

(8): Greenwald, H: M., and Steiner, M.: Diaphragmatic Hernia in Infancy and in Childhood, *Am: J: Dis: Child*: 38:361 (Aug:) 1929.

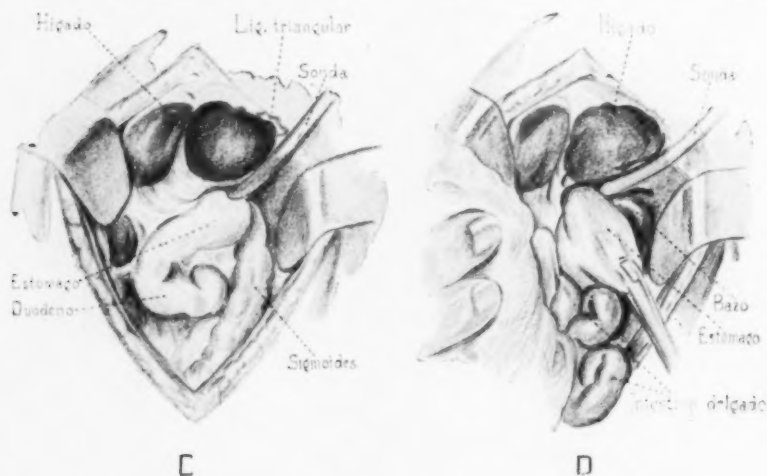
DR. PHILIP THOREK

caso el pilar del diafragma que forma el dorso del músculo estaría ausente todo o en parte.

CLASIFICACION

Aunque muchas clasificaciones han sido utilizadas sería conveniente usar una que sea de valor práctico. De acuerdo con la mayoría de los autores, las hernias diafragmáticas congénitas ocurren en los sitios siguientes:

1.—En las porciones pósterolaterales a lo largo del canal pleuro-peri-



toneal embrionario (foramene Bechdalek). Este es el sitio más común, y las hernias que aparecen aquí son casi cuatro veces más comunes a la izquierda que a la derecha.

2.—A través del hiato esofágico. Este es el tipo debido ordinariamente a la falta de desarrollo de uno o de ambos pilares diafragmáticos. Este es el caso que estoy presentando.

3.—En el área retroesternal (foramen de Morgagni). Estas son herniaciones a través de las inserciones retroesternales del diafragma y son las menos comunes.

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

Las herniaciones a través de los ojales de la aorta o de la vena cava no han sido reportados.

Cuando una hernia diafragmática tiene saco, su fondo superior está limitado. Cuando no se presenta saco, la cavidad pleural afectada está ocupada por pulmón colapsado, estómago, intestinos delgado y grueso y el bazo o el hígado según el lado de la hernia.

SINTOMATOLOGIA Y DIAGNOSTICO.

La hernia diafragmática congénita puede dar síntomas referibles a los tres sistemas ordinariamente atacados, a saber, digestivo, circulatorio y respiratorio. Estos resultan de la interferencia mecánica con las funciones de la viscera, y la severidad de los síntomas depende del número de órganos desalojados. Cualquier recién nacido que presente continuamente cianosis, disnea o vómito o cualquier combinación de estos debe ser sospechoso de tener una hernia diafragmática. Los síntomas varían en grado considerable, y muchos pacientes aún pueden estar libres de síntomas. A veces la hernia es solamente descubierta durante el curso de un examen radiológico rutinario. Greenwald y Steiner (8) han establecido que la cianosis es el signo más constante. Esta puede presentarse inmediatamente después del nacimiento, o puede ser transitoria y aparecer durante el llanto o la alimentación. Ocasionalmente puede ser descubierta al voltear al niño de tal modo que la hernia quede hacia abajo. Los trastornos respiratorios varían desde la insuficiencia respiratoria espontánea, con subsecuente muerte al nacer, hasta la insignificante pero sugestiva observación de un débil grito. Muchos han mencionado el valor diagnóstico de esto último. Considerando los síntomas gastrointestinales, Harrington (7) estableció que los síntomas vagos de dispepsia no están en proporción con la magnitud de la lesión. Las dificultades empiezan cuando el intestino o estómago sobrecargados, sufren una distensión, como resultado de esto, la presión torácica aumentada impide la acción del corazón y los pulmones. Una vez que los intestinos han pasado al tórax, la presión negativa del tórax dificulta e impide la reducción espontánea. El vómito puede ser de todos los alimentos o puede ser una molestia ocasional e insignificante. En pacientes

(8): Greenwald, H: M., and Steiner, M.: Diaphragmatic Hernia in Infancy and in Childhood, *Am: J: Dis: Child*: 38:361 (Aug:) 1929.

que sobreviven por uno o dos meses se nota baja de peso. El examen físico revela ordinariamente aumento del pulso y de la respiración. A la inspección, el lado afectado del tórax es menos móvil y el abdomen escafoideo. La percusión del tórax sobre el sitio afectado puede revelar matidez o timpanismo dependiendo de que viscera esté presente. La matidez se presenpico sin el uso de medios de contraste suministra la información necesaria ordinariamente en el sitio afectado. La auscultación puede transmitir ruidos gorgoreantes en vez de ruidos respiratorios. Cuando los últimos son oídos, sin embargo, están estrechamente distantes. Los ruidos cardiacos son oídos en el lado no afectado.

El diagnóstico es siempre confirmado por el examen radiológico. Este procedimiento proporciona un método seguro para saber que viscera abdominal está presente en la cavidad torácica, y aun el examen fluoroscópica. Aunque el uso del bario se supone aumenta la incidencia del vómito y de neumonía por respiración, puede ser empleada si la mezcla no es muy espesa.

REPORTE DE UN CASO

El 30 de Noviembre de 1946, (J. P.) niña de 7 semanas de edad, blanca, fue internada en el Hospital Americano, con una historia de cianosis y dificultad respiratoria después de los alimentos. Era el primer hijo y en su nacimiento no hubieron dificultades ni complicaciones obstétricas. La madre dijo que cada vez que quería alimentar al niño, este estiraba las piernas hacia arriba y gritaba, estando aparentemente enfermo. Más tarde dijo que después de una alimentación de 2 a 3 onzas (56 a 85 Gm.) la niña se puso cianótica y fué presa de convulsiones, presentándose en seguida el vómito. Sin embargo estos síntomas duraron poco tiempo, después del nacimiento y se hicieron más severos tres semanas después de su ingreso al Hospital. El paciente tuvo, ocasionalmente, evacuaciones duras. El examen físico reveló un peso activo, en la niña, de 8 libras 2 onzas (3.6 Kg.). La piel estaba ligeramente cianozada aumentada esta cianosis cuando la niña lloraba; Hidratación en buen estado. El cráneo estaba limpio y la fontanela anterior fué medida 1 cm. por 1 cm. Los ojos nariz y garganta fueron normales, y el cuello no presentaba torsión. Tórax amplio y aparentemente simétrico; siendo mayor la expansión en el lado derecho. Al per-

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

cutir los pulmones se encontró, el pulmón derecho, hiperresonante en su totalidad y el izquierdo hiperresonante solo en el apex; se encontró timpanismo en el lado izquierdo desde el segundo hasta el quinto espacio intercostal, con opacidad más abajo. El borde izquierdo del corazón se encontró en la línea media clavicular derecha. La respiración sana fué audible en el lado derecho y ausente en el izquierdo. Ruidos cardiacos, normales. El abdomen escafoideo e inmóvil; el hígado y el bazo no fueron palpables. Únicamente se escucharon pequeños movimientos peristálticos, igual que los reflejos. El examen de laboratorio reveló orina normal, 4,550,000 eritrocitos y 9,750 leucocitos; la cuenta leucocitaria diferencial normal. La cantidad de hemoglobina fué de 14 Gm. por 100 c.c., 90%. El examen radiológico reveló hernia congénita diafragmática en el lado izquierdo. La cavidad torácica izquierda contenía el estómago y los intestinos delgado y grueso. El bazo también estaba en el tórax pero no era visible en la radiografía. El corazón y el mediastino estaban rechazados hacia la derecha. Solo una pequeña sombra pulmonar se veía a la derecha y nada a la izquierda.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico. La terapéutica médica o espectante es inútil y hace perder tiempo. Esperar hasta que el niño sea grande o un agente violento cause la muerte, y de aquí que la intervención quirúrgica sea planeada mientras se hace el diagnóstico. Ladd y Gross (9) han señalado que una operación planeada con tiempo es ventajosa para el cirujano que puede llegar al tracto intestinal cuando no está distendido o agrandado y puede ser restituido a la cavidad abdominal. Esta desventaja se presentó en el caso reportado aquí donde el paciente ya tenía 7 semanas de nacido. Las medidas preoperatorias consisten en limpiar el tracto de alimentos, mantener una hidratación adecuada y quimioterapia profiláctica.

La anestesia juega un papel muy importante en el éxito de la operación. Independientemente del agente anestésico empleado, una anestesia rápida

(9). Ladd, W. E., and Gross, R. E: *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood*; Philadelphia W. B. Saunders Company, 1941.

(10). Ochsner, A.; DeBakey, M.; and Murray, S: *Absence of the Anterior Mediastinum with Report of a Case Associated with Congenital Diaphragmatic Hernia*, *Surgery* 6:915, 1939.

que sobreviven por uno o dos meses se nota baja de peso. El examen físico revela ordinariamente aumento del pulso y de la respiración. A la inspección, el lado afectado del tórax es menos móvil y el abdomen escafoideo. La percusión del tórax sobre el sitio afectado puede revelar matidez o timpanismo dependiendo de que viscera esté presente. La matidez se presenpico sin el uso de medios de contraste suministra la información necesaria ordinariamente en el sitio afectado. La auscultación puede transmitir ruidos gorgoreantes en vez de ruidos respiratorios. Cuando los últimos son oídos, sin embargo, están estrechamente distantes. Los ruidos cardiacos son oídos en el lado no afectado.

El diagnóstico es siempre confirmado por el examen radiológico. Este procedimiento proporciona un método seguro para saber que viscera abdominal está presente en la cavidad torácica, y aun el examen fluoroscópica. Aunque el uso del bario se supone aumenta la incidencia del vómito y de neumonía por respiración, puede ser empleada si la mezcla no es muy espesa.

REPORTE DE UN CASO

El 30 de Noviembre de 1946, (J. P.) niña de 7 semanas de edad, blanca, fue internada en el Hospital Americano, con una historia de cianosis y dificultad respiratoria después de los alimentos. Era el primer hijo y en su nacimiento no hubieron dificultades ni complicaciones obstétricas. La madre dijo que cada vez que quería alimentar al niño, este estiraba las piernas hacia arriba y gritaba, estando aparentemente enfermo. Más tarde dijo que después de una alimentación de 2 a 3 onzas (56 a 85 Gm.) la niña se puso cianótica y fué presa de convulsiones, presentándose en seguida el vómito. Sin embargo estos síntomas duraron poco tiempo, después del nacimiento y se hicieron más severos tres semanas después de su ingreso al Hospital. El paciente tuvo, ocasionalmente, evacuaciones duras. El examen físico reveló un peso activo, en la niña, de 8 libras 2 onzas (3.6 Kg.). La piel estaba ligeramente cianozada aumentada esta cianosis cuando la niña lloraba; Hidratación en buen estado. El cráneo estaba limpio y la fontanela anterior fué medida 1 cm. por 1 cm. Los ojos nariz y garganta fueron normales, y el cuello no presentaba torsión. Tórax amplio y aparentemente simétrico; siendo mayor la expansión en el lado derecho. Al per-

HERNIA DIAFRAGMÁTICA

cutir los pulmones se encontró, el pulmón derecho, hiperresonante en su totalidad y el izquierdo hiperresonante solo en el apex; se encontró timpanismo en el lado izquierdo desde el segundo hasta el quinto espacio intercostal, con opacidad más abajo. El borde izquierdo del corazón se encontró en la línea media clavicular derecha. La respiración sana fué audible en el lado derecho y ausente en el izquierdo. Ruidos cardiacos, normales. El abdomen escafoideo e inmóvil; el hígado y el bazo no fueron palpables. Únicamente se escucharon pequeños movimientos peristálticos, igual que los reflejos. El examen de laboratorio reveló orina normal, 4,550,000 eritrocitos y 9,750 leucocitos; la cuenta leucocitaria diferencial normal. La cantidad de hemoglobina fué de 14 Gm. por 100 c.c., 90%. El examen radiológico reveló hernia congénita diafragmática en el lado izquierdo. La cavidad torácica izquierda contenía el estómago y los intestinos delgado y grueso. El bazo también estaba en el tórax pero no era visible en la radiografía. El corazón y el mediastino estaban rechazados hacia la derecha. Solo una pequeña sombra pulmonar se veía a la derecha y nada a la izquierda.

TRATAMIENTO

El tratamiento es quirúrgico. La terapéutica médica o espectante es inútil y hace perder tiempo. Esperar hasta que el niño sea grande o un agente violento cause la muerte, y de aquí que la intervención quirúrgica sea planeada mientras se hace el diagnóstico. Ladd y Gross (9) han señalado que una operación planeada con tiempo es ventajosa para el cirujano que puede llegar al tracto intestinal cuando no está distendido o agrandado y puede ser restituido a la cavidad abdominal. Esta desventaja se presentó en el caso reportado aquí donde el paciente ya tenía 7 semanas de nacido. Las medidas preoperatorias consisten en limpiar el tracto de alimentos, mantener una hidratación adecuada y quimioterapia profiláctica.

La anestesia juega un papel muy importante en el éxito de la operación. Independientemente del agente anestésico empleado, una anestesia rápida

(9). Ladd, W. E., and Gross, R. E: *Abdominal Surgery of Infancy and Childhood*; Philadelphia W. B. Saunders Company, 1941.

(10). Ochsner, A.; DeBakey, M.; and Murray, S: *Absence of the Anterior Mediastinum with Report of a Case Associated with Congenital Diaphragmatic Hernia*, *Surgery* 6:915, 1939.

positiva tiene que ser de gran valor en todo tiempo. Ochsner, DeBakey y Murray (10) reportaron un caso de hernia congénita diafragmática en el cual había ausencia completa del mediastino anterior, resultando de esto una sola cavidad pleural. Otros han reportado casos semejantes y señalan el hecho de que al abrir una sola cavidad pleural ambos pulmones se colapsaron. Es necesaria una anestesia rápida y positiva. El ciclopropano y el éter son los más comunmente usados.

Algunas autoridades abogan por un bloqueo previo del nervio frénico, pero en el caso reportado aquí, los movimientos del diafragma no impidieron la colocación de las suturas.

Las técnicas de exposición y reparación de las hernias diafragmáticas son diferentes en el adulto y en el niño. Aunque la vía transtorácica es mejor en el adulto, la vía abdominal es superior en el niño. ¡Certo es que las adherencias entre el intestino y órganos torácicos son raras en la infancia, y es muy fácil reducir el contenido abdominal hacia abajo empujando de arriba y abajo. Además resulta imposible reducir la hernia torácica a causa de que la cavidad abdominal resulta pequeña para acomodar las vísceras. Las incisiones abdominales preferidas son la subcostal o la vertical. En el caso presente la incisión va sobre el recto partiendo de un punto a la izquierda del apéndice xifoides llegando más abajo del ombligo (fig. 1-A). Cuando se llega a la cavidad peritoneal se notan desde luego pocas vísceras; estas son; el hígado, unas cuantas espirales de íleo, sigmoides y recto. El píloro penetra en el hiato herniario y el colon descendente ocupa el resto del orificio herniario. Aunque ya ha sido señalada la importancia práctica del ligamento triangular izquierdo del hígado no le ha sido suficientemente. Por la índole de la irrigación peritoneal los repliegues deben ser extendidos en orden para obtener una conveniente exposición del orificio hernial. Cuando la estructura, del ligamento es acortada, el lóbulo izquierdo del hígado puede ser levantado y rechazado a la derecha; estas maniobras descubren inmediatamente el orificio herniario y la exposición es completa (fig. 11-C). Esto debe ser examinado punto por punto, evitando así muchos traumatismos innecesarios y hacer una reparación dificultosa y hasta pérdida de tiempo. No es necesario restaurar el ligamento, puesto que al colocar en su lugar el lóbulo izquierdo del hígado, el mismo hace la oclusión. Esto ha sido personalmente observado en las autopsias. Una sonda de goma es introducida a través del orificio herniario para permitir la en-

trada de aire al tórax (fig. II-D). Si ha habido una falta, la presión negativa de la cavidad torácica jala hacia atrás las vísceras abdominales mientras que el cirujano intenta reducirlas. Algunos autores defienden la retirada de las vísceras abdominales en un orden definido. Sin embargo, durante el curso de la reducción, parece que las vísceras por sí mismas ocupan a continuación su lugar correspondiente.

Después de la reducción las vísceras deben ser colocadas fuera de la cavidad abdominal, al otro lado del orificio herniario, y envueltas en una compresa de gasa húmeda y caliente. En el caso reportado aquí no hubo saco herniario; sin embargo, en el caso de que se presente saco, este puede ser cortado y permitir la entrada de aire a la cavidad pleural. El saco en seguida disecado dentro del abdomen, cortado y suturado independientemente de la oclusión del orificio herniario. Por las etapas de la operación es determinado el tipo de defecto diafragmático. Se ha señalado como más común el llamado foramen de Bochdalek, menos en el caso en que el hiato esofágico permite ser incluido. Esto es debido a la falta de desarrollo del pilar izquierdo del diafragma (fig. I-B). Se han descrito muchos métodos para la reparación del orificio herniario. La disección del borde del orificio herniario seguida de su aproximación por dos líneas de puntos separadas, es uno de los más comúnmente usados. Yo he demostrado que basta con tener mucho cuidado de no reducir mucho el hiato esofágico neoformado (fig. III-E).

Las vísceras removidas durante la herniografía son colocadas en la cavidad abdominal para cerrarla (fig. III-F). Como el abdomen está poco desarrollado, el cirujano usualmente tropieza con dificultades para cerrar acoplando capa con capa. Si el cierre es forzado, resulta una gran tensión en los bordes de la herida, aumentando la presión intraabdominal y la perturbación respiratoria. Algunos dicen que se debe disecar la piel para permitir su deslizamiento y cerrar únicamente con la piel y la fascia subcutánea. Los resultados son una hernia incisional, que necesita reparación posterior. Yo he utilizado el mismo tipo de sutura que se usa en las deshiscencias de la herida. Esto se completa con el siguiente paso: puntos separados de hilo grueso que incluyen todas las capas de la pared abdominal anterior son colocados casi a un cuarto de pulgada (0.64 cm.) de separación. Después de su colocación son levantados y el más bajo es anudado cuando se cruza el inmediato superior (fig. III-G). Por este método se disminuye la

positiva tiene que ser de gran valor en todo tiempo. Ochsner, DeBakey y Murray (10) reportaron un caso de hernia congénita diafragmática en el cual había ausencia completa del mediastino anterior, resultando de esto una sola cavidad pleural. Otros han reportado casos semejantes y señalan el hecho de que al abrir una sola cavidad pleural ambos pulmones se colapsaron. Es necesaria una anestesia rápida y positiva. El ciclopropano y el éter son los más comunmente usados.

Algunas autoridades abogan por un bloqueo previo del nervio frénico, pero en el caso reportado aquí, los movimientos del diafragma no impidieron la colocación de las suturas.

Las técnicas de exposición y reparación de las hernias diafragmáticas son diferentes en el adulto y en el niño. Aunque la vía transtorácica es mejor en el adulto, la vía abdominal es superior en el niño. ¡Certo es que las adherencias entre el intestino y órganos torácicos son raras en la infancia, y es muy fácil reducir el contenido abdominal hacia abajo empujando de arriba y abajo. Además resulta imposible reducir la hernia torácica a causa de que la cavidad abdominal resulta pequeña para acomodar las vísceras. Las incisiones abdominales preferidas son la subcostal o la vertical. En el caso presente la incisión va sobre el recto partiendo de un punto a la izquierda del apéndice xifoides llegando más abajo del ombligo (fig. 1-A). Cuando se llega a la cavidad peritoneal se notan desde luego pocas vísceras; estas son; el hígado, unas cuantas espirales de íleo, sigmoides y recto. El píloro penetra en el hiato herniario y el colon descendente ocupa el resto del orificio herniario. Aunque ya ha sido señalada la importancia práctica del ligamento triangular izquierdo del hígado no le ha sido suficientemente. Por la índole de la irrigación peritoneal los repliegues deben ser extendidos en orden para obtener una conveniente exposición del orificio hernial. Cuando la estructura, del ligamento es acortada, el lóbulo izquierdo del hígado puede ser levantado y rechazado a la derecha; estas maniobras descubren inmediatamente el orificio herniario y la exposición es completa (fig. 11-C). Esto debe ser examinado punto por punto, evitando así muchos traumatismos innecesarios y hacer una reparación dificultosa y hasta pérdida de tiempo. No es necesario restaurar el ligamento, puesto que al colocar en su lugar el lóbulo izquierdo del hígado, el mismo hace la oclusión. Esto ha sido personalmente observado en las autopsias. Una sonda de goma es introducida a través del orificio herniario para permitir la en-

trada de aire al tórax (fig. II-D). Si ha habido una falta, la presión negativa de la cavidad torácica jala hacia atrás las vísceras abdominales mientras que el cirujano intenta reducirlas. Algunos autores defienden la retirada de las vísceras abdominales en un orden definido. Sin embargo, durante el curso de la reducción, parece que las vísceras por sí mismas ocupan a continuación su lugar correspondiente.

Después de la reducción las vísceras deben ser colocadas fuera de la cavidad abdominal, al otro lado del orificio herniario, y envueltas en una compresa de gasa húmeda y caliente. En el caso reportado aquí no hubo saco herniario; sin embargo, en el caso de que se presente saco, este puede ser cortado y permitir la entrada de aire a la cavidad pleural. El saco en seguida disecado dentro del abdomen, cortado y suturado independientemente de la oclusión del orificio herniario. Por las etapas de la operación es determinado el tipo de defecto diafragmático. Se ha señalado como más común el llamado foramen de Bochdalek, menos en el caso en que el hiato esofágico permite ser incluido. Esto es debido a la falta de desarrollo del pilar izquierdo del diafragma (fig. I-B). Se han descrito muchos métodos para la reparación del orificio herniario. La disección del borde del orificio herniario seguida de su aproximación por dos líneas de puntos separadas, es uno de los más comúnmente usados. Yo he demostrado que basta con tener mucho cuidado de no reducir mucho el hiato esofágico neoformado (fig. III-E).

Las vísceras removidas durante la herniografía son colocadas en la cavidad abdominal para cerrarla (fig. III-F). Como el abdomen está poco desarrollado, el cirujano usualmente tropieza con dificultades para cerrar acoplando capa con capa. Si el cierre es forzado, resulta una gran tensión en los bordes de la herida, aumentando la presión intraabdominal y la perturbación respiratoria. Algunos dicen que se debe disecar la piel para permitir su deslizamiento y cerrar únicamente con la piel y la fascia subcutánea. Los resultados son una hernia incisional, que necesita reparación posterior. Yo he utilizado el mismo tipo de sutura que se usa en las deshiscencias de la herida. Esto se completa con el siguiente paso: puntos separados de hilo grueso que incluyen todas las capas de la pared abdominal anterior son colocados casi a un cuarto de pulgada (0.64 cm.) de separación. Después de su colocación son levantados y el más bajo es anudado cuando se cruza el inmediato superior (fig. III-G). Por este método se disminuye la

tensión al amarrar la sutura. Esto es suficiente para acompletar y evitar una hernia incisional.

El postoperatorio cuida de las fallas o accidentes que pueden presentarse. La transfusión de sangre debe ser prescrita después de la operación, menos cuando el corazón derecho esté comprometido, en niños con esta condición la transfusión es adecuada pero en pequeñas cantidades. Usualmente 125 c.c. son suficientes. El oxígeno debe ser prescrito después de la operación a una concentración de 90 a 95% y en tienda; continuándose su uso durante 3 a 5 días. Esto no solo facilita la respiración sino que ayuda a mantener el intestino desinflado. La alimentación por la boca se instala poco después, pero si es imposible y el requerimiento calórico no puede ser satisfecho, se usa la vía parenteral. La quimioterapia es utilizada y mantenido el balance vitamínico. Las radiografías postoperatorias son tomadas frecuentemente para determinar el grado de expansión pulmonar, observar el diafragma suturado y descubrir la presencia o ausencia de un derrame pleural. Es interesante anotar que en nuestro caso no se descubrió, nunca, líquido en la cavidad pleural y se observó que la reexpansión pulmonar progresaba favorablemente. El niño abandonó el hospital dos semanas después de la operación ya notablemente recuperado.

SUMARIO

Un caso de hernia congénita diafragmática debido a la falta de desarrollo del pilar izquierdo del diafragma en un niño de 7 semanas de nacido, con reparación quirúrgica y recuperación es reportado.

Se hace hincapié en la importancia del ligamento triangular izquierdo del hígado al cual se debe la exposición.

Se describe la oclusión del orificio herniario con puntos separados de hilo de algodón.

El uso de la sutura descrita la cual incluye todas las capas de la pared abdominal anterior previene la necesidad de recurrir a una segunda operación para reparar una hernia incisional.

Son enfatizadas importantes conclusiones para el anestesista y para el pediatra.

KEMITHAL SODICO

Mex. Reg.
Registro Fed. 31893 S. S. A.



ANESTESICO INTRAVENOSO

El "*Kemithal*" Sódico es un anestésico que tiene un margen de seguridad más amplio que el de los otros medicamentos similares.

El "*Kemithal*" Sódico tiene un gran valor terapéutico, produce anestesia con menos depresión respiratoria que la producida por otros barbitúricos y la posibilidad de causar espasmos laríngeos es mínima.

Presentación

Ampolletas de 1.0 gm. en cajas de 5 y 25

Ampolletas de 2.0 gm. en cajas de 5 y 25

Un producto de
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.
Inglaterra

Distribuido por

Sadi Carnot 86 CARLOS GROSAN, S. A. México, D. F.

tensión al amarrar la sutura. Esto es suficiente para acompletar y evitar una hernia incisional.

El postoperatorio cuida de las fallas o accidentes que pueden presentarse. La transfusión de sangre debe ser prescrita después de la operación, menos cuando el corazón derecho esté comprometido, en niños con esta condición la transfusión es adecuada pero en pequeñas cantidades. Usualmente 125 c.c. son suficientes. El oxígeno debe ser prescrito después de la operación a una concentración de 90 a 95% y en tienda; continuándose su uso durante 3 a 5 días. Esto no solo facilita la respiración sino que ayuda a mantener el intestino desinflado. La alimentación por la boca se instala poco después, pero si es imposible y el requerimiento calórico no puede ser satisfecho, se usa la vía parenteral. La quimioterapia es utilizada y mantenido el balance vitamínico. Las radiografías postoperatorias son tomadas frecuentemente para determinar el grado de expansión pulmonar, observar el diafragma suturado y descubrir la presencia o ausencia de un derrame pleural. Es interesante anotar que en nuestro caso no se descubrió, nunca, líquido en la cavidad pleural y se observó que la reexpansión pulmonar progresaba favorablemente. El niño abandonó el hospital dos semanas después de la operación ya notablemente recuperado.

SUMARIO

Un caso de hernia congénita diafragmática debido a la falta de desarrollo del pilar izquierdo del diafragma en un niño de 7 semanas de nacido, con reparación quirúrgica y recuperación es reportado.

Se hace hincapié en la importancia del ligamento triangular izquierdo del hígado al cual se debe la exposición.

Se describe la oclusión del orificio herniario con puntos separados de hilo de algodón.

El uso de la sutura descrita la cual incluye todas las capas de la pared abdominal anterior previene la necesidad de recurrir a una segunda operación para reparar una hernia incisional.

Son enfatizadas importantes conclusiones para el anestesista y para el pediatra.

KEMITHAL SODICO

Mex. Reg.
Registro Fed. 31893 S. S. A.



ANESTESICO INTRAVENOSO

El "*Kemithal*" Sódico es un anestésico que tiene un margen de seguridad más amplio que el de los otros medicamentos similares.

El "*Kemithal*" Sódico tiene un gran valor terapéutico, produce anestesia con menos depresión respiratoria que la producida por otros barbitúricos y la posibilidad de causar espasmos laríngeos es mínima.

Presentación

Ampolletas de 1.0 gm. en cajas de 5 y 25

Ampolletas de 2.0 gm. en cajas de 5 y 25

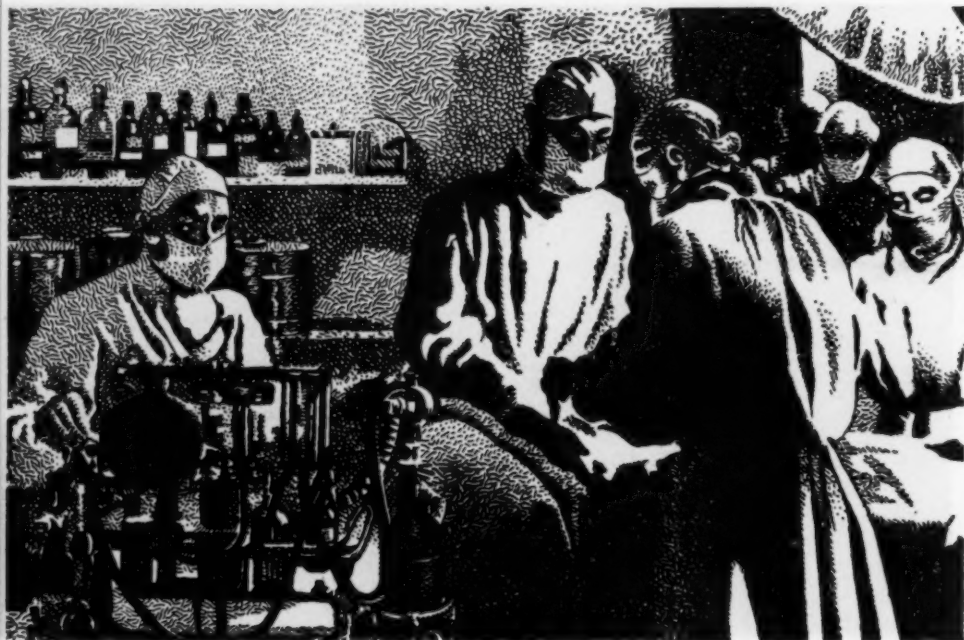
Un producto de
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD.
Inglaterra

Distribuido por

Sadi Carnot 86 CARLOS GROSAN, S. A. México, D. F.

TRILENE

Registros No. 31932 - 32539 S. S. A. Marca Reg.



ANESTESICO Y ANALGESICO

Por inhalación

El "Trilene" como *anestésico* suministra inducción suave y rápida; restablecimiento acelerado con pocos o ningún efecto post-operatorio. Mezclado con aire u oxígeno o combinado con óxido nitroso o éter ha sido ampliamente usado en la cirugía general, ginecología, ortopedia, obstetricia, etc.

El "Trilene" en concentraciones bajas produce *analgesia* sin pérdida de conocimiento y ha sido empleado con éxito en cirugía menor, manipulaciones dolorosas, en partos y odontología. Presentación: Frascos de 250 cc. y 500 cc.

Ampolletas de 1 cc. y 6 cc.

Un producto de:
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. INGLATERRA

Distribuido por:

Sadi Carnot 86 CARLOS GROSSMAN, S. A. México, D. F.

El alivio del dolor de las Pancreatitis Crónicas (Calcareas) por Simpatectomía.

Bronson S. Ray y Dale Console (New York Hospital) en "Surg. Gynec. and Obst". (89: 1-8 julio, 1949) presentan interesante estudio de cinco casos en los que por medio de doble operación de simpatectomía, desde la altura de la undécima dorsal a la primera lumbar y con no menos de 8 cms. de extirpación de cada lado obtienen estable curación del dolor.

— ○ —

Es interesante comparar los resultados con los obtenidos en México (Dr. Miguel López Esnaurrizar) para análogas y más amplias indicaciones y publicadas en las principales Revistas internacionales, por medio de infiltraciones de novocaina seguidas de alcohol.

Ambos coinciden en que la vía sensitiva es esplácnica y que el tratamiento de ésta cura el dolor.

Ambos coinciden en la experiencia de que el tratamiento unilateral es insuficiente.

Los autores norteamericanos reúnen casuística de cinco casos hasta julio de 1949, y los mexicanos de doce casos hasta abril de 1948.

El Dr. López Esnaurrizar amplía la indicación a las pancreatitis agudas; la operación cuenta sería insoportable o muy peligrosa para la vida del enfermo.

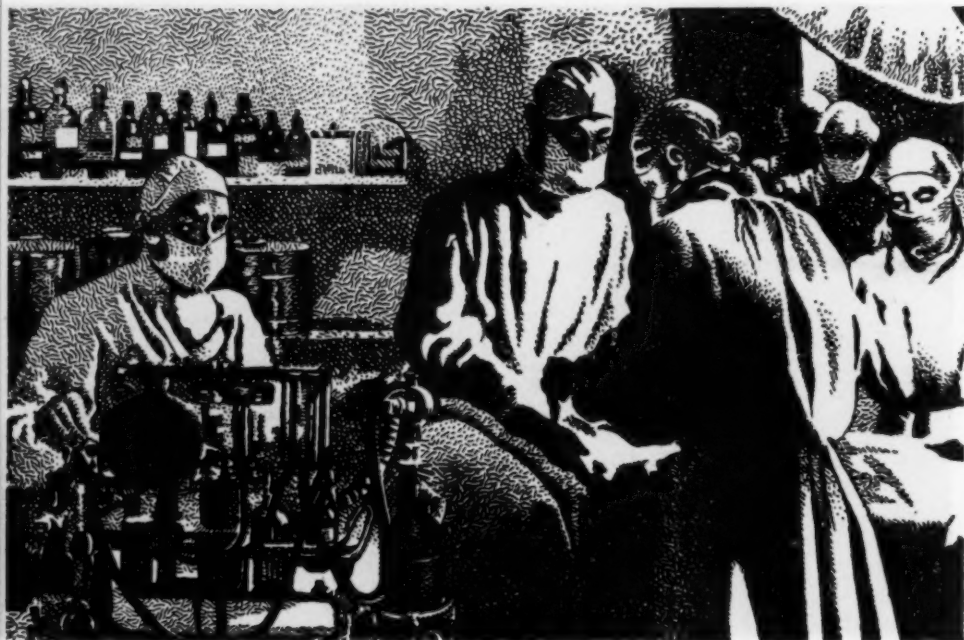
La experiencia mexicana que precede en 5 años a la norteamericana es confirmada, en su esencia por ésta.

Cabe la satisfacción a la cirugía mexicana del dolor y a la Academia Mexicana de Cirugía, en cuyo seno se han desarrollado los trabajos, anticiparse a las más avanzadas de otros países.

Hay que continuar con paciencia la labor de difusión científica en todo el mundo a fin de que la voz mexicana sea escuchada.

TRILENE

Registros No. 31932 - 32539 S. S. A. Marca Reg.



ANESTESICO Y ANALGESICO

Por inhalación

El "Trilene" como *anestésico* suministra inducción suave y rápida; restablecimiento acelerado con pocos o ningún efecto post-operatorio. Mezclado con aire u oxígeno o combinado con óxido nitroso o éter ha sido ampliamente usado en la cirugía general, ginecología, ortopedia, obstetricia, etc.

El "Trilene" en concentraciones bajas produce *analgesia* sin pérdida de conocimiento y ha sido empleado con éxito en cirugía menor, manipulaciones dolorosas, en partos y odontología. Presentación: Frascos de 250 cc. y 500 cc.

Ampolletas de 1 cc. y 6 cc.

Un producto de:
IMPERIAL CHEMICAL (PHARMACEUTICALS) LTD. INGLATERRA

Distribuido por:
Sadi Carnot 86 CARLOS GROSSMAN, S. A. México, D. F.

El alivio del dolor de las Pancreatitis Crónicas (Calcareas) por Simpatectomía.

Bronson S. Ray y Dale Console (New York Hospital) en "Surg. Gynec. and Obst". (89: 1-8 julio, 1949) presentan interesante estudio de cinco casos en los que por medio de doble operación de simpatectomía, desde la altura de la undécima dorsal a la primera lumbar y con no menos de 8 cms. de extirpación de cada lado obtienen estable curación del dolor.

— ○ —

Es interesante comparar los resultados con los obtenidos en México (Dr. Miguel López Esnaurrizar) para análogas y más amplias indicaciones y publicadas en las principales Revistas internacionales, por medio de infiltraciones de novocaina seguidas de alcohol.

Ambos coinciden en que la vía sensitiva es esplácnica y que el tratamiento de ésta cura el dolor.

Ambos coinciden en la experiencia de que el tratamiento unilateral es insuficiente.

Los autores norteamericanos reúnen casuística de cinco casos hasta julio de 1949, y los mexicanos de doce casos hasta abril de 1948.

El Dr. López Esnaurrizar amplía la indicación a las pancreatitis agudas; la operación cuenta sería insoportable o muy peligrosa para la vida del enfermo.

La experiencia mexicana que precede en 5 años a la norteamericana es confirmada, en su esencia por ésta.

Cabe la satisfacción a la cirugía mexicana del dolor y a la Academia Mexicana de Cirugía, en cuyo seno se han desarrollado los trabajos, anticiparse a las más avanzadas de otros países.

Hay que continuar con paciencia la labor de difusión científica en todo el mundo a fin de que la voz mexicana sea escuchada.

Es infinito el contraste entre el New York Hospital, de los más grandes, mejor equipados del mundo y las clínicas mexicanas.

La operación cruenta y las infiltraciones de alcohol, logran el mismo fin, pero con las principales ventajas siguientes para las últimas: a) menos agresiva y peligrosa, y por consiguiente, b) útil en las pancreatitis agudas, c) más manejable, puede ampliarse o repetirse, d) menos costosa. En cambio, la operación abierta tiene las siguientes ventajas a) más espectacular, b) más quirúrgica.

— O —

EL ENIGMA DEL EMBOLISMO ARTERIAL PERIFÉRICO

Marc. Iselin y Heim de Balsac (Jour. Inter. Coll. of Surg. sept-oct. 1949, Vol. XII-5- 28).

Refiere en su trabajo presentado a la V Asamblea Internacional de Cirujanos, nueve historias clínicas muy importantes, de casos aparentemente de embolias que ya sea quirúrgicamente o en la autopsia, no pudo encontrarse la embolia. En su resumen dice: "Existe con seguridad una enfermedad debida a trastorno de la pulsación arterial. Nos encontramos en presencia de la variedad aguda que ataca las arterias de las extremidades. La misma cosa puede decirse de las arterias cerebrales en cuyos casos desde largo tiempo se diagnostica "embolia cerebral" y que son debidos a origen exclusivamente pulsatorio: los espasmos arteriales".

— O —

Comentario del Dr. López E.—Observaciones sumamente interesantes con una demostración más de la potencia y persistencia de espasmos arteriales, uno de los capítulos de un tema general de la fisiopatología del simpático que desde hace algunos años nos esforzamos por evidenciar (libro "Dolores Mortales" Dolores-Espasmos y Distrofias Esplácnicas). Cuantas veces hemos tenido oportunidad de atender o colaborar en casos califi-

cados como de hemorragia o embolia cerebral, hemos recomendado tratamiento del espasmo a través del simpático obteniendo frecuentemente buenos resultados. En Estados Unidos, Takats sigue la misma conducta (ver "El Tratamiento de Urgencia de la Apoplejía" N. C. Gilbert y Gez de Takats, J. Am. M. Assn., 13 : 10 pág. 659, 6 marzo 1948).

COMENTARIO AL TRABAJO "METODO TERAPEUTICO PARA EL SINDROME HEPATICIANO DE MIKIZZI Y ALGUNAS LITIASIS DE LAS VIAS BILIARES" DEL DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR EN LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CORDOBA, República Argentina.

Boletines y Trabajos de la Soc. de Cir. de Córdoba.
Año 12 No. 1 Págs. 17-23, Argentina: 1949:

Dr. Urrutia.—Yo quisiera agregar dos palabras a esta comunicación.

Conozco los trabajos de este distinguido cirujano mexicano desde hace dos años. Basado en ellos, se me ocurrió usar novocaína y alcohol como tiempo previo en las intervenciones de las vías biliares, a fin de obtener el relajamiento del esfínter de Oddi.

A esto agregamos posteriormente la acción de la trinitrina y a todo hemos llamado la "Farmacolangiografía".

En los primeros momentos efectuábamos solo esta infiltración, preconizada por Esnaurrizar para las algias abdominales, pero como sus conclusiones no nos satisfacían en muchas ocasiones, empezamos a agregar la trinitrina, haciendo una colangiografía seriada para diferenciar la odditis orgánica de la espástica.

Es después de este estudio seriado que pensamos que la infiltración alcohol-novocaína no es suficiente en muchos casos para suprimir el espasmo del esfínter, pues obtenemos el primer clisé a los cuarenta y cinco minutos más o menos de efectuada la infiltración y en el mismo se observaba el pasaje nulo de lipiodol; a continuación poníamos tres o cuatro gotas de trinitrina sublingual, y el esfínter se abría.

Estos resultados se los comunicaremos al Dr. López Esnaurrizar, y mientras tanto, seguimos estudiando la acción de los diferentes fármacos sobre el esfínter.

Dr. Baistrochi.—Yo quiero decir que es muy interesante la comunicación que nos ha relatado el Dr. Cinelli, y agregaré que desde hace alrededor de unos diez años, vengo empleando, conjuntamente con el Dr. A. Albanese, por su indicación y por haber trabajado, juntos la anestesia del espláncico en las afecciones hemáticas en el cólico hepático mismo y en especial, en los casos con ictericia, cuadros pancreáticos agudos, y siempre, mientras se prepara el enfermo para la interven-

Es infinito el contraste entre el New York Hospital, de los más grandes, mejor equipados del mundo y las clínicas mexicanas.

La operación cruenta y las infiltraciones de alcohol, logran el mismo fin, pero con las principales ventajas siguientes para las últimas: a) menos agresiva y peligrosa, y por consiguiente, b) útil en las pancreatitis agudas, c) más manejable, puede ampliarse o repetirse, d) menos costosa. En cambio, la operación abierta tiene las siguientes ventajas a) más espectacular, b) más quirúrgica.

— O —

EL ENIGMA DEL EMBOLISMO ARTERIAL PERIFÉRICO

Marc. Iselin y Heim de Balsac (Jour. Inter. Coll. of Surg. sept-oct. 1949, Vol. XII-5- 28).

Refiere en su trabajo presentado a la V Asamblea Internacional de Cirujanos, nueve historias clínicas muy importantes, de casos aparentemente de embolias que ya sea quirúrgicamente o en la autopsia, no pudo encontrarse la embolia. En su resumen dice: "Existe con seguridad una enfermedad debida a trastorno de la pulsación arterial. Nos encontramos en presencia de la variedad aguda que ataca las arterias de las extremidades. La misma cosa puede decirse de las arterias cerebrales en cuyos casos desde largo tiempo se diagnostica "embolia cerebral" y que son debidos a origen exclusivamente pulsatorio: los espasmos arteriales".

— O —

Comentario del Dr. López E.—Observaciones sumamente interesantes con una demostración más de la potencia y persistencia de espasmos arteriales, uno de los capítulos de un tema general de la fisiopatología del simpático que desde hace algunos años nos esforzamos por evidenciar (libro "Dolores Mortales" Dolores-Espasmos y Distrofias Espláncicas). Cuantas veces hemos tenido oportunidad de atender o colaborar en casos califi-

cados como de hemorragia o embolia cerebral, hemos recomendado tratamiento del espasmo a través del simpático obteniendo frecuentemente buenos resultados. En Estados Unidos, Takats sigue la misma conducta (ver "El Tratamiento de Urgencia de la Apoplejía" N. C. Gilbert y Gez de Takats, J. Am. M. Assn., 13 : 10 pág. 659, 6 marzo 1948).

COMENTARIO AL TRABAJO "METODO TERAPEUTICO PARA EL SINDROME HEPATICIANO DE MIKIZZI Y ALGUNAS LITIASIS DE LAS VIAS BILIARES" DEL DR. MIGUEL LOPEZ ESNAURRIZAR EN LA SOCIEDAD DE CIRUGIA DE CORDOBA, República Argentina.

Boletines y Trabajos de la Soc. de Cir. de Córdoba.
Año 12 No. 1 Págs. 17-23, Argentina: 1949:

Dr. Urrutia.—Yo quisiera agregar dos palabras a esta comunicación.

Conozco los trabajos de este distinguido cirujano mexicano desde hace dos años. Basado en ellos, se me ocurrió usar novocaína y alcohol como tiempo previo en las intervenciones de las vías biliares, a fin de obtener el relajamiento del esfínter de Oddi.

A esto agregamos posteriormente la acción de la trinitrina y a todo hemos llamado la "Farmacolangiografía".

En los primeros momentos efectuábamos solo esta infiltración, preconizada por Esnaurrizar para las algias abdominales, pero como sus conclusiones no nos satisfacían en muchas ocasiones, empezamos a agregar la trinitrina, haciendo una colangiografía seriada para diferenciar la odditis orgánica de la espástica.

Es después de este estudio seriado que pensamos que la infiltración alcohol-novocaína no es suficiente en muchos casos para suprimir el espasmo del esfínter, pues obtenemos el primer clisé a los cuarenta y cinco minutos más o menos de efectuada la infiltración y en el mismo se observaba el pasaje nulo de lipiodol; a continuación poníamos tres o cuatro gotas de trinitrina sublingual, y el esfínter se abría.

Estos resultados se los comunicaremos al Dr. López Esnaurrizar, y mientras tanto, seguimos estudiando la acción de los diferentes fármacos sobre el esfínter.

Dr. Baistrochi.—Yo quiero decir que es muy interesante la comunicación que nos ha relatado el Dr. Cinelli, y agregaré que desde hace alrededor de unos diez años, vengo empleando, conjuntamente con el Dr. A. Albanese, por su indicación y por haber trabajado, juntos la anestesia del espláncico en las afecciones hemáticas en el cólico hepático mismo y en especial, en los casos con ictericia, cuadros pancreáticos agudos, y siempre, mientras se prepara el enfermo para la interven-

ción quirúrgica. Es decir, como método terapéutico no curativo sino pre-operatorio, siendo excelentes los resultados en los casos de espasmos puros, mejora y pasa el accidente del cólico mientras se realizan los estudios más completos de laboratorios que muestran habitualmente una causa orgánica.

Los resultados en más de cien casos en los que he realizado y enseñado a practicantes y médicos de nuestro Servicio y del de Guardia, y que ellos mismos lo hacen han sido siempre buenos, sin accidentes, en los casos de pancreatitis aguda, cólicos hepáticos, renales, etc.

Con la mezcla que se propone de solución anestésica y alcohol, de efecto más duradero, no tengo experiencia, pero teóricamente es acertado. Pero he utilizado la novocaina endovenosa en espasmos del colédoco y en úlceras del duodeno y hace alrededor de un par de años, conversando con el Dr. Longo comentábamos este problema de la novocaina endovenosa en los casos de apoplejía visceral, que él estaba estudiando.

La comunicación me parece importante, ya que los resultados son muy buenos.

En algunos casos, he hecho el bloqueo del esplácnico mientras hacía el sondaje duodenal, pero no he constatado una franca modificación en la cantidad de bilis recogida en la sonda, pero lo hacemos tratando de evitar el dolor en los casos en que el sondaje mismo provoca cólicos hepáticos sub-intrantes. En estos casos que hacía falta efectuar el bloqueo lo hemos repetido diez a doce veces hasta conseguir llevar al enfermo en buenas condiciones al acto quirúrgico y en corto plazo.

En cuanto a la otra parte de la comunicación, creo que merece estudiarse.

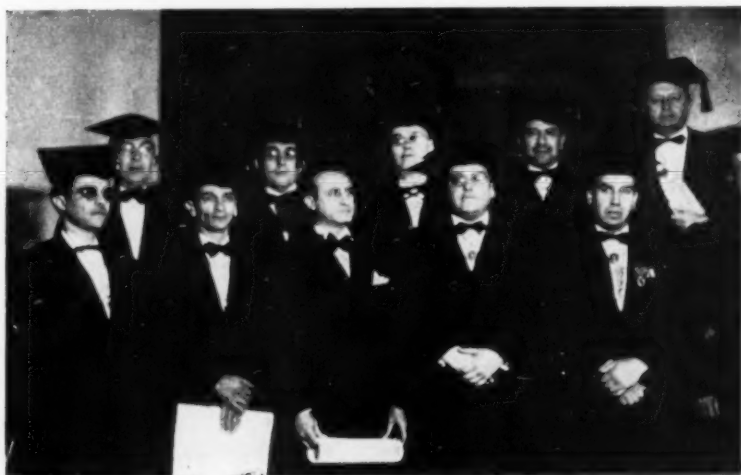
Dr. Cinelli.—El Dr. Urrutia se ha referido a la primera parte del trabajo relatado. Como ya lo he expresado, el Dr. López Esnaurrizar propone el empleo del bloqueo esplácnico prolongado previo, asociado a la colangiografía operatoria de Mirizzi, para distinguir en el colangiograma el factor espasmódico de las lesiones anatómicas de las vías biliares. Tal diferenciación diagnóstica es también motivo de preocupación en el Servicio del Prof. Mirizzi, y con este propósito empleamos el sulfato de magnesio instilado por el sondeo duodenal o directamente por punción del duodeno en la mesa de operaciones, que nos ha dado buen resultado.

En lo que respecta al empleo del método de López Esnaurrizar con fines terapéuticos, creo que es indudable la utilidad de la anestesia esplácnica y más si se le asocia al alcohol que prolonga sus efectos, para tratar ciertas lesiones de las vías biliares. Constituye así un recurso importante solo para las lesiones biliares donde el factor espasmódico juega un papel primordial".

N. de la R. Dr. Urrutia, Dr. José M. Urrutia, Presidente de la Sociedad, Dr. Cinelli, ponente, Dr. Angel P. Cinelli, Secretario General. Dr. Julio D. Baistrochi, Director de Publicaciones.

SOLEMNE SESION DE CLAUSURA DEL AÑO ACADEMICO. DE 1949.

De acuerdo con los Estatutos, el último martes de noviembre, el 29, se efectuó la Sesión de Clausura del Año Académico de 1949. De ese importante acto publicamos algunos de los discursos y fotografías.



Durante la Sesión Solemne de clausura del Año Académico de 1949 se celebró y realizó el ingreso de muy distinguidos Cirujanos. En este grupo, alrededor de los principales miembros de la Directiva, aparecen S. E. el Encargado de Negocios de Italia Sr. Benedecto Di Acunso y los honrados en esa noche, Sres. Dres. José Alcántara Herrera (primer Académico que ocupa el sillón de Historia de la Cirugía), Enrique Flores Espinosa, Ricardo Tapia Acuña como Académicos de Número y los Dres. Manuel Araiza Noyola y Alfredo Cardona Flores, como Correspondientes Nacionales.

ción quirúrgica. Es decir, como método terapéutico no curativo sino pre-operatorio, siendo excelentes los resultados en los casos de espasmos puros, mejora y pasa el accidente del cólico mientras se realizan los estudios más completos de laboratorios que muestran habitualmente una causa orgánica.

Los resultados en más de cien casos en los que he realizado y enseñado a practicantes y médicos de nuestro Servicio y del de Guardia, y que ellos mismos lo hacen han sido siempre buenos, sin accidentes, en los casos de pancreatitis aguda, cólicos hepáticos, renales, etc.

Con la mezcla que se propone de solución anestésica y alcohol, de efecto más duradero, no tengo experiencia, pero teóricamente es acertado. Pero he utilizado la novocaina endovenosa en espasmos del colédoco y en úlceras del duodeno y hace alrededor de un par de años, conversando con el Dr. Longo comentábamos este problema de la novocaina endovenosa en los casos de apoplejía visceral, que él estaba estudiando.

La comunicación me parece importante, ya que los resultados son muy buenos.

En algunos casos, he hecho el bloqueo del esplácnico mientras hacía el sondaje duodenal, pero no he constatado una franca modificación en la cantidad de bilis recogida en la sonda, pero lo hacemos tratando de evitar el dolor en los casos en que el sondaje mismo provoca cólicos hepáticos sub-intrantes. En estos casos que hacía falta efectuar el bloqueo lo hemos repetido diez a doce veces hasta conseguir llevar al enfermo en buenas condiciones al acto quirúrgico y en corto plazo.

En cuanto a la otra parte de la comunicación, creo que merece estudiarse.

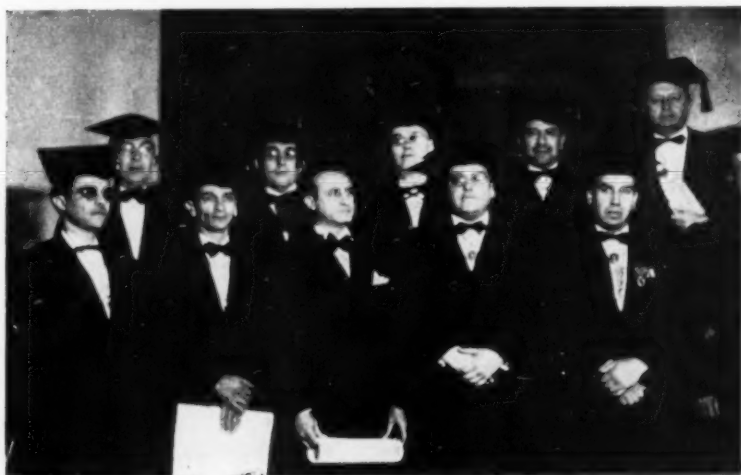
Dr. Cinelli.—El Dr. Urrutia se ha referido a la primera parte del trabajo relatado. Como ya lo he expresado, el Dr. López Esnaurrizar propone el empleo del bloqueo esplácnico prolongado previo, asociado a la colangiografía operatoria de Mirizzi, para distinguir en el colangiograma el factor espasmódico de las lesiones anatómicas de las vías biliares. Tal diferenciación diagnóstica es también motivo de preocupación en el Servicio del Prof. Mirizzi, y con este propósito empleamos el sulfato de magnesio instilado por el sondeo duodenal o directamente por punción del duodeno en la mesa de operaciones, que nos ha dado buen resultado.

En lo que respecta al empleo del método de López Esnaurrizar con fines terapéuticos, creo que es indudable la utilidad de la anestesia esplácnica y más si se le asocia al alcohol que prolonga sus efectos, para tratar ciertas lesiones de las vías biliares. Constituye así un recurso importante solo para las lesiones biliares donde el factor espasmódico juega un papel primordial".

N. de la R. Dr. Urrutia, Dr. José M. Urrutia, Presidente de la Sociedad, Dr. Cinelli, ponente, Dr. Angel P. Cinelli, Secretario General. Dr. Julio D. Baistrochi, Director de Publicaciones.

SOLEMNE SESION DE CLAUSURA DEL AÑO ACADEMICO. DE 1949.

De acuerdo con los Estatutos, el último martes de noviembre, el 29, se efectuó la Sesión de Clausura del Año Académico de 1949. De ese importante acto publicamos algunos de los discursos y fotografías.



Durante la Sesión Solemne de clausura del Año Académico de 1949 se celebró y realizó el ingreso de muy distinguidos Cirujanos. En este grupo, alrededor de los principales miembros de la Directiva, aparecen S. E. el Encargado de Negocios de Italia Sr. Benedecto Di Acunso y los honrados en esa noche, Sres. Dres. José Alcántara Herrera (primer Académico que ocupa el sillón de Historia de la Cirugía), Enrique Flores Espinosa, Ricardo Tapia Acuña como Académicos de Número y los Dres. Manuel Araiza Noyola y Alfredo Cardona Flores, como Correspondientes Nacionales.

Ingreso de muy distinguidos correspondientes Extrangeros



Durante la misma Sesión ingresaron como Miembros Correspondientes Extrangeros los Profesores José Goyanes Capdevila (de Madrid, España), Raffaele Paolucci (de Roma, Italia) y Mario Dogliotti Achille (de Turin, Italia). La fotografía fué tomada en el momento de entrega del Diploma del Prof. José Goyanes Capdevila por el Vice-presidente Académico Dr. Joaquín Correa en manos y por el alto conducto del Presidente Dr. José Aguilar Alvarez, Director del Sanatorio de la Sociedad Española de Beneficencia de México.

CIRUJANOS

La Organización de la Facultad de Medicina

Por el Dr. Miguel López Esnaurrizar.

Precedido por anuncio del señor Director de la Facultad y de una publicación en "El Universal" recibí el impreso "Estudio sobre la reorganización física y funcional de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México" con carta en la que sus autores (Dres. Salvador Zubirán, Bernardo Sepúlveda, Rafael Méndez y José Báez Villaseñor) piden opinión.

Aunque como Consejero Técnico de la Facultad estimo que es extemporáneo el hacerlo y que su tiempo oportuno sería después de ser estudiado desde puntos diversos de vista, por mis compañeros Consejeros y por mí, sin embargo, en lo particular, aplaudiendo toda labor encaminada al propósito de beneficio de la Facultad, me parece encomiable el estudio y digno de tomarse en cuenta.

Provisionalmente, parece acertada la idea de intensificar los estudios y reducirlos a 5 años; la necesidad de restaurar la Cátedra de Historia de la Medicina es a todas luces conveniente y necesaria, recordemos que la dificultad fué humana, debida a la falta de suficientes Profesores competentes. En cambio, nos parece absurdo suprimir las Propedéuticas y peor importar de las escuelas norteamericanas, haciendo errónea traducción, la Cátedra "Diagnóstico físico". Correctamente debiera traducirse "Diagnosis física" pues diagnóstico es dar nombre a la enfermedad y diagno-

Ingreso de muy distinguidos correspondientes Extrangeros



Durante la misma Sesión ingresaron como Miembros Correspondientes Extrangeros los Profesores José Goyanes Capdevila (de Madrid, España), Raffaele Paolucci (de Roma, Italia) y Mario Dogliotti Achille (de Turin, Italia). La fotografía fué tomada en el momento de entrega del Diploma del Prof. José Goyanes Capdevila por el Vice-presidente Académico Dr. Joaquín Correa en manos y por el alto conducto del Presidente Dr. José Aguilar Alvarez, Director del Sanatorio de la Sociedad Española de Beneficencia de México.

CIRUJANOS

La Organización de la Facultad de Medicina

Por el Dr. Miguel López Esnaurrizar.

Precedido por anuncio del señor Director de la Facultad y de una publicación en "El Universal" recibí el impreso "Estudio sobre la reorganización física y funcional de la Escuela de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México" con carta en la que sus autores (Dres. Salvador Zubirán, Bernardo Sepúlveda, Rafael Méndez y José Báez Villaseñor) piden opinión.

Aunque como Consejero Técnico de la Facultad estimo que es extemporáneo el hacerlo y que su tiempo oportuno sería después de ser estudiado desde puntos diversos de vista, por mis compañeros Consejeros y por mí, sin embargo, en lo particular, aplaudiendo toda labor encaminada al propósito de beneficio de la Facultad, me parece encomiable el estudio y digno de tomarse en cuenta.

Provisionalmente, parece acertada la idea de intensificar los estudios y reducirlos a 5 años; la necesidad de restaurar la Cátedra de Historia de la Medicina es a todas luces conveniente y necesaria, recordemos que la dificultad fué humana, debida a la falta de suficientes Profesores competentes. En cambio, nos parece absurdo suprimir las Propedéuticas y peor importar de las escuelas norteamericanas, haciendo errónea traducción, la Cátedra "Diagnóstico físico". Correctamente debiera traducirse "Diagnosis física" pues diagnóstico es dar nombre a la enfermedad y diagno-

sis es el conjunto de maniobras y procesos lógico que conduce al diagnóstico (1). En inglés no se ha hecho el estudio etimológico y filosófico que los distingue.

Aún corregida la traducción, significaría enorme retroceso, fuera de tiempo para la Facultad y del pensamiento moderno, aún en Estados Unidos, País que ahora reacciona, rectificando el camino, hacia otras ideas, el del espíritu y del cuerpo, que llaman ahora medicina psicosomática y que los conducirá con el tiempo, a llamarle diagnóstico físico y funcional y quizá, con mayor progreso, Técnica Clínica o Propedéutica, o de otro modo similar.

Para hacer hincapié en el inconveniente de importar todo lo Norteamericano, aunque haya mucho bueno allá, fijémonos en lo que está ocurriendo en ese País a propósito de los caminos fundamentales de educación, en lo que llaman revolución y que es adoptar los ideales educativos reflejados en México por las enseñanzas de Justo Sierra y Gabino Barreda, con otros grandes maestros pensadores, hasta el Maestro Antonio Caso y que llamamos el estudio humanístico, que se hace fundamentalmente en la Preparatoria. Es el mismo inteligente pueblo, no ensorbecido por la victoria, el que efectúa revolución, cuyos campeones más grandes son John Dewey, Robert Maynar Hutchins ("Go to the original sources, read the Great Books"), que cambia totalmente los métodos de enseñanza secundaria, de muy circunscritos temas Norteamericanos, pasa al predominio de estudios humanísticos, de los antiguos y de los modernos, como desde hace muchos años los países latinos tratan de hacerlo, convencidos ahora los Nor-

(1) Para documentación recomendamos la lectura de trabajos y discusiones sobre estas definiciones, en la que tomamos parte Profesores de las Facultades de Medicina y Filosofía y Letras y que fueron publicadas en la Revista Mexicana "Medicina", Nos. 410, 427; 431; 481; de los años de 1942 a 1945 y de Capítulo respectivo de mi obra de Texto "Tratado de Clínica Quirúrgica".

teamericanos y los Mexicanos de que la cultura general es más evidentemente indispensable en un mundo cada vez más solidario y dependiente de unas partes con otras, por mayor progreso técnico y mejores comunicaciones.

Por otra parte, en el estudio no discuten los problemas más graves y fuertes con los que se enfrenta la Facultad y que giran sobre el debido trato de la juventud para conducirla a la selección y cura de la sobrepoblación, lo que, por ahora, destroza todo intento de mejoría técnica importante, al mismo tiempo que procure su orientación espiritual para obtener su cordial colaboración.

Tampoco encontramos el estudio o proposición de la forma como deba hacerse el financiamiento de la obra material ("Reorganización física", lo llaman), punto que aunque no pueda resolverse íntegramente por algún tiempo, debe al menos planearse, de manera de no esperar todo del Gobierno de la Nación.

Sigamos trabajando por el mejoramiento de la Facultad y por consiguiente, dijéramos, su producto. los nuevos médicos quienes se encargarán del futuro sanitario de la Nación, en cuyas manos estará la salud y la vida de todos nosotros.

sis es el conjunto de maniobras y procesos lógico que conduce al diagnóstico (1). En inglés no se ha hecho el estudio etimológico y filosófico que los distingue.

Aún corregida la traducción, significaría enorme retroceso, fuera de tiempo para la Facultad y del pensamiento moderno, aún en Estados Unidos, País que ahora reacciona, rectificando el camino, hacia otras ideas, el del espíritu y del cuerpo, que llaman ahora medicina psicosomática y que los conducirá con el tiempo, a llamarle diagnóstico físico y funcional y quizá, con mayor progreso, Técnica Clínica o Propedéutica, o de otro modo similar.

Para hacer hincapié en el inconveniente de importar todo lo Norteamericano, aunque haya mucho bueno allá, fijémonos en lo que está ocurriendo en ese País a propósito de los caminos fundamentales de educación, en lo que llaman revolución y que es adoptar los ideales educativos reflejados en México por las enseñanzas de Justo Sierra y Gabino Barreda, con otros grandes maestros pensadores, hasta el Maestro Antonio Caso y que llamamos el estudio humanístico, que se hace fundamentalmente en la Preparatoria. Es el mismo inteligente pueblo, no ensorbecido por la victoria, el que efectúa revolución, cuyos campeones más grandes son John Dewey, Robert Maynar Hutchins ("Go to the original sources, read the Great Books"), que cambia totalmente los métodos de enseñanza secundaria, de muy circunscritos temas Norteamericanos, pasa al predominio de estudios humanísticos, de los antiguos y de los modernos, como desde hace muchos años los países latinos tratan de hacerlo, convencidos ahora los Nor-

(1) Para documentación recomendamos la lectura de trabajos y discusiones sobre estas definiciones, en la que tomamos parte Profesores de las Facultades de Medicina y Filosofía y Letras y que fueron publicadas en la Revista Mexicana "Medicina", Nos. 410, 427; 431; 481; de los años de 1942 a 1945 y de Capítulo respectivo de mi obra de Texto "Tratado de Clínica Quirúrgica".

teamericanos y los Mexicanos de que la cultura general es más evidentemente indispensable en un mundo cada vez más solidario y dependiente de unas partes con otras, por mayor progreso técnico y mejores comunicaciones.

Por otra parte, en el estudio no discuten los problemas más graves y fuertes con los que se enfrenta la Facultad y que giran sobre el debido trato de la juventud para conducirla a la selección y cura de la sobrepoblación, lo que, por ahora, destroza todo intento de mejoría técnica importante, al mismo tiempo que procure su orientación espiritual para obtener su cordial colaboración.

Tampoco encontramos el estudio o proposición de la forma como deba hacerse el financiamiento de la obra material ("Reorganización física", lo llaman), punto que aunque no pueda resolverse íntegramente por algún tiempo, debe al menos planearse, de manera de no esperar todo del Gobierno de la Nación.

Sigamos trabajando por el mejoramiento de la Facultad y por consiguiente, dijéramos, su producto. los nuevos médicos quienes se encargarán del futuro sanitario de la Nación, en cuyas manos estará la salud y la vida de todos nosotros.

Con motivo de la muerte del Sr. Don

JOSE AGUILAR PIÑON

padre del Presidente de la Academia Sr. Dn. José Aguilar Alvarez, la Academia rinde fervoroso homenaje a su memoria como autor de un hogar cuyos hijos honran a la sociedad y al País. Presenta afectuosa condolencia a sus estimados deudos.

El Académico Sr.

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

Cirujano, Profesor y Poeta distinguido, falleció recientemente. "Cirugia y Cirujanos" formula sentido homenaje a su memoria y la Academia conserva su nombre, permanentemente, en la Nómina de Académicos.

El Dr. José Alcántara Herrera
nuevo Académico de Número

Curriculum Vitae

Del Académico Dr. José Alcántara Herrera.

Nació en la ciudad de México el 29 de octubre de 1899, hijo legítimo del señor doctor don Julio Filogonio Alcántara y de la señora doña Josefina Herrera de Alcántara. Hizo sus estudios de Primaria Elemental en los colegios de San Luis (Popotla, D. F.) e Instituto Científico de México (Mascarones) y los de Primaria Superior y Preparatoria en el Colegio Francés, en donde obtuvo el Primer Premio en las asignaturas de Lógica, Literatura Española e Historia de la Literatura; el Segundo Premio en Psicología, Gramática Española y Derecho; el Tercer Premio en Moral, Física y Química.

Su carrera de médico-cirujano la realizó en la Escuela Nacional de Medicina, en la que obtuvo el Accésit al Premio José María Vértiz correspondiente al 4o. Año (1922), por su trabajo relativo a la canalización quirúrgica. Fué Practicante Numerario del Hospital General y del Servicio Médico de Policía.

La Secretaría de Educación Pública le expidió su título de Médico Cirujano con fecha 17 de noviembre de 1925, presentando en su examen profesional, como tesis, un trabajo titulado: Estudio Sucinto de la Canalización en Cirugía, cuyo capítulo I está consagrado a la historia del importante tema quirúrgico, con particular referencia en lo que a México respecta.

El 13 de diciembre de 1927, obtuvo título de médico-cirujano expedido por el State Board of Medical Examiners, del Estado de Texas (E. U. A.).

Ha desempeñado los siguientes puestos docentes:

1. Profesor de Moral (1940) en el Colegio Morelos, de Enseñanza Preparatoria.
2. Profesor de Higiene (1941), en el mismo Establecimiento.

Con motivo de la muerte del Sr. Don

JOSE AGUILAR PIÑON

padre del Presidente de la Academia Sr. Dn. José Aguilar Alvarez, la Academia rinde fervoroso homenaje a su memoria como autor de un hogar cuyos hijos honran a la sociedad y al País. Presenta afectuosa condolencia a sus estimados deudos.

El Académico Sr.

DR. RODOLFO GONZALEZ HURTADO

Cirujano, Profesor y Poeta distinguido, falleció recientemente. "Cirugia y Cirujanos" formula sentido homenaje a su memoria y la Academia conserva su nombre, permanentemente, en la Nómina de Académicos.

El Dr. José Alcántara Herrera
nuevo Académico de Número

Curriculum Vitae

Del Académico Dr. José Alcántara Herrera.

Nació en la ciudad de México el 29 de octubre de 1899, hijo legítimo del señor doctor don Julio Filogonio Alcántara y de la señora doña Josefina Herrera de Alcántara. Hizo sus estudios de Primaria Elemental en los colegios de San Luis (Popotla, D. F.) e Instituto Científico de México (Mascarones) y los de Primaria Superior y Preparatoria en el Colegio Francés, en donde obtuvo el Primer Premio en las asignaturas de Lógica, Literatura Española e Historia de la Literatura; el Segundo Premio en Psicología, Gramática Española y Derecho; el Tercer Premio en Moral, Física y Química.

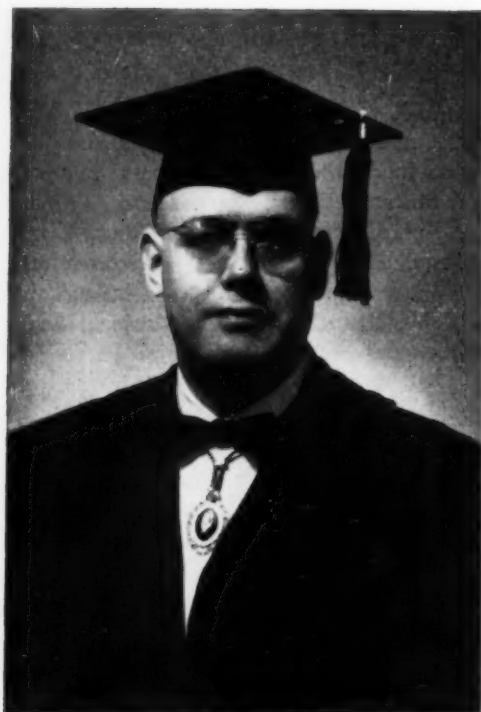
Su carrera de médico-cirujano la realizó en la Escuela Nacional de Medicina, en la que obtuvo el Accésit al Premio José María Vértiz correspondiente al 4o. Año (1922), por su trabajo relativo a la canalización quirúrgica. Fué Practicante Numerario del Hospital General y del Servicio Médico de Policía.

La Secretaría de Educación Pública le expidió su título de Médico Cirujano con fecha 17 de noviembre de 1925, presentando en su examen profesional, como tesis, un trabajo titulado: Estudio Sucinto de la Canalización en Cirugía, cuyo capítulo I está consagrado a la historia del importante tema quirúrgico, con particular referencia en lo que a México respecta.

El 13 de diciembre de 1927, obtuvo título de médico-cirujano expedido por el State Board of Medical Examiners, del Estado de Texas (E. U. A.).

Ha desempeñado los siguientes puestos docentes:

1. Profesor de Moral (1940) en el Colegio Morelos, de Enseñanza Preparatoria.
2. Profesor de Higiene (1941), en el mismo Establecimiento.



DR. DON JOSE ALCANTARA HERRERA
Académico de Número. Sillón de Historia de la
Cirugía (togado el 29 de Nov. 1949)

DR. ALCÁNTARA HERRERA

3. Prosector de Anatomía Topográfica, en la Escuela Nacional de Medicina (1938-39).
4. Profesor de Historia de la Medicina (1941, E. N. de M.). Esta importante asignatura cultural la impartió durante cuatro años consecutivos, habiendo sido fundada por el C. Dr. José Aguilar Alvarez, Director, en ese año, de la Escuela N. de Medicina.
5. Profesor de Odontología Moral, Legal e Histórica, (Conferencias), en la Escuela Nacional Odontológica (1942.-43).
6. Profesor de Fisiología General y Especial, en la misma Escuela (1944).

En mayo de 1942, fué Presidente de la Sección de Historia de la Medicina, en el Primer Congreso Nacional de Medicina Interna.

Es Secretario de Redacción de Asuntos Históricos de la revista "Medicina", desde 1947.

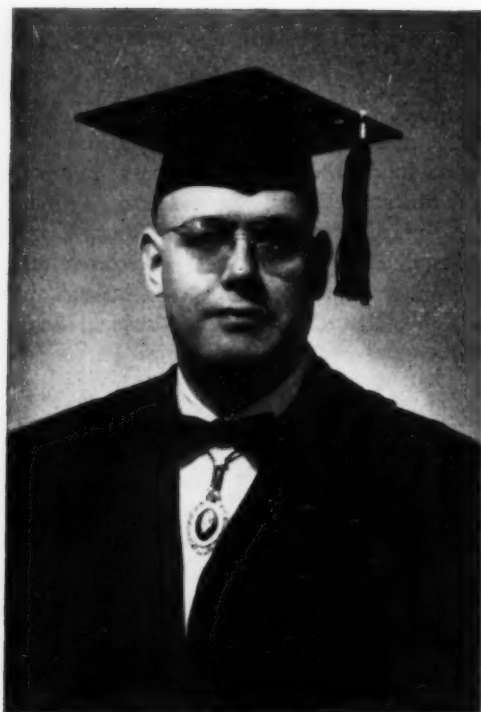
Ha escrito treinta monografías sobre asuntos de Historia de la Medicina.

DISCURSO DE AGRADECIMIENTO CON MOTIVO DE LA IMPOSICION DE INSIGNIAS, TOGA Y BIRRETE ACADEMICOS.
A CINCO MEDICOS-CIRUJANOS.

Por el Académico *Dr. José Alcántara Herrera.*

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,
Señores Académicos,
Excmo. Señor Encargado de Negocios de Italia,
Señores Representantes de las Sociedades Científicas y Culturales,
Señoras y Señores:

Que mis primeras palabras sean de gratitud, doblemente motivada, por haberme concedido la benemérita Corporación, el alto honor de contarme entre sus miembros de número y haber tenido el Cuerpo Directivo la bondadosa deferencia de elegirme para tomar la palabra en nombre de mis destacados compañeros: Drs. Dn. Enrique Flores Espinosa, Dn. Ricardo Tapia, Dn. Manuel Araiza Noyola y Dn. Alfredo Cardona Flores, a quienes se ha otorgado el mismo honor y en cuya honrosa representación



DR. DON JOSE ALCANTARA HERRERA
Académico de Número. Sillón de Historia de la
Cirugía (togado el 29 de Nov. 1949)

DR. ALCÁNTARA HERRERA

3. Prosector de Anatomía Topográfica, en la Escuela Nacional de Medicina (1938-39).
4. Profesor de Historia de la Medicina (1941, E. N. de M.). Esta importante asignatura cultural la impartió durante cuatro años consecutivos, habiendo sido fundada por el C. Dr. José Aguilar Alvarez, Director, en ese año, de la Escuela N. de Medicina.
5. Profesor de Odontología Moral, Legal e Histórica, (Conferencias), en la Escuela Nacional Odontológica (1942.-43).
6. Profesor de Fisiología General y Especial, en la misma Escuela (1944).

En mayo de 1942, fué Presidente de la Sección de Historia de la Medicina, en el Primer Congreso Nacional de Medicina Interna.

Es Secretario de Redacción de Asuntos Históricos de la revista "Medicina", desde 1947.

Ha escrito treinta monografías sobre asuntos de Historia de la Medicina.

DISCURSO DE AGRADECIMIENTO CON MOTIVO DE LA IMPOSICION DE INSIGNIAS, TOGA Y BIRRETE ACADEMICOS.
A CINCO MEDICOS-CIRUJANOS.

Por el Académico *Dr. José Alcántara Herrera.*

Señor Presidente de la Academia Mexicana de Cirugía,
Señores Académicos,
Excmo. Señor Encargado de Negocios de Italia,
Señores Representantes de las Sociedades Científicas y Culturales,
Señoras y Señores:

Que mis primeras palabras sean de gratitud, doblemente motivada, por haberme concedido la benemérita Corporación, el alto honor de contarme entre sus miembros de número y haber tenido el Cuerpo Directivo la bondadosa deferencia de elegirme para tomar la palabra en nombre de mis destacados compañeros: Drs. Dn. Enrique Flores Espinosa, Dn. Ricardo Tapia, Dn. Manuel Araiza Noyola y Dn. Alfredo Cardona Flores, a quienes se ha otorgado el mismo honor y en cuya honrosa representación

y en nombre mío, hago presente a la H. Academia nuestro más cordial agradecimiento.

Igualmente, nuestra profunda gratitud a los eminentes Secretarios de esta insigne Corporación, por las elocuentes y elogiosas palabras que nos han dirigido, dictadas por su benevolencia y fraternal afecto.

Ojalá tenga yo la fortuna de interpretar y hacer patentes, fielmente, los nobles pensamientos y delicada emoción que en este acto tan solemne y significativo, animan a mis compañeros y que, poniéndome yo al unísono con ellos, mi voz exprese el múltiple homenaje de hondo reconocimiento y fraternal cariño por el grande honor que se nos ha conferido, ya que este día queda señalado para nosotros, como uno de los más memorables en nuestra vida profesional.

Me parece que un modo eficaz de expresar nuestra gratitud y cariño a quienes nos han favorecido con su benevolencia, en el terreno intelectual y del honor, consiste en conversar con ellos acerca de lo que aman en el mismo orden de ideas y hacerles ver que nosotros tenemos las mismas inclinaciones y acariciamos el mismo ideal.

En consecuencia con estas ideas, expresaremos algunos pensamientos acerca del alto significado de nuestra Academia Mexicana de Cirugía.

Un hecho que constata el que estudia la historia del progreso humano, es la acción sobresaliente y admirable de ese grupo selecto de hombres que llamamos genios, héroes o bienhechores de la humanidad, los cuáles por su inteligencia, su tenacidad en el trabajo o su vida ejemplar, han sido para sus semejantes: iluminación, camino, protección y consuelo. Ellos son verdaderamente los hombres del progreso, aunque en número tan reducido, que se han visto pueblos de cazadores, de guerreros, de agricultores, de orfebres; pero jamás han aparecido pueblos de filósofos, de científicos, de artistas o de historiadores. Pequeños en número, estos hombres misteriosos se parecen a los fermentos que, en ínfima cantidad, realizan colosales transformaciones.

Su actuación ha sido incesante desde los albores del Género Humano y su existencia pregona la realidad asombrosa de una ley de vida, en virtud de la cual todo ser individual o colectivo que se destaca, que se distingue más y más de sus congéneres, en sus funciones benéficas, progresa, avanza, evoluciona hacia la meta infinita de la perfección; y los que no salen de la masa común, los que no emergen de la mole amorfa, aquellos que

DISCURSO DE INGRESO

jamás se esforzaron por diferenciarse de los demás o que retrogradaron gustosos hacia el anonimato, son la expresión de la inercia o del retroceso; retroceso e inercia a que recurren con frecuencia los que se sienten atemorizados por cualquiera responsabilidad.

El hombre es el más elevado de los seres de este Mundo, porque es el más diferenciado de todos ellos, siendo una maravilla las diversas funciones de los tejidos del cuerpo humano, de los cuales el tejido nervioso, el más diferenciado de todos, es el supremo director de la nutrición y forma ese prodigio de la Creación, el cerebro humano, órgano del pensamiento y de la conciencia del bien y del mal.

Del mismo modo, en las sociedades humanas, aquellas que están más y más diferenciadas por el número y alta calidad de sus clases sociales (que son algo así como sus diversos tejidos), son las más vigorosas intelectual, moral y económicamente.

Una sociedad, sin grupos de individuos diferenciados, especializados en diversas funciones, sería una masa común, una mole informe, un almacén de individuos iguales, que semejaría un enorme banco de sardinas, completamente indefenso y a merced de los tiburones.

Semejante sociedad humana, se parecería en su modo de ser, a una montaña de moléculas minerales, que sólo existe; pero sería incapaz de exhibir una vida pujante y progresista.

Fundándonos en estas ideas, que se apoyan en hechos de fácil interpretación, queremos hacer dos afirmaciones: una de carácter social y otra de orden moral.

Socialmente considerada, nuestra Academia Mexicana de Cirugía, por su origen, por su finalidad, por su reglamento, constituye una agrupación selecta, que aspira a un progreso sin límites y cuyo máximo perfeccionamiento, en un momento considerado, dependerá del mayor aporte que le den cada uno de los 20 grupos diferenciados que la integran y que cultivan las diferentes especialidades quirúrgicas.

Desde el punto de vista moral, en este momento tan solemne, llenos de emoción declaramos: que tenemos plena conciencia de que toda selección, todo honor conferido, implica una responsabilidad proporcional, que debe servir de acicate para dar el rendimiento óptimo de servicio social, con entusiasmo y constancia, sabedores de que servir a nuestros hermanos es luchar por nuestra propia felicidad, pues somos miembros de un orga-

y en nombre mío, hago presente a la H. Academia nuestro más cordial agradecimiento.

Igualmente, nuestra profunda gratitud a los eminentes Secretarios de esta insigne Corporación, por las elocuentes y elogiosas palabras que nos han dirigido, dictadas por su benevolencia y fraternal afecto.

Ojalá tenga yo la fortuna de interpretar y hacer patentes, fielmente, los nobles pensamientos y delicada emoción que en este acto tan solemne y significativo, animan a mis compañeros y que, poniéndome yo al unísono con ellos, mi voz exprese el múltiple homenaje de hondo reconocimiento y fraternal cariño por el grande honor que se nos ha conferido, ya que este día queda señalado para nosotros, como uno de los más memorables en nuestra vida profesional.

Me parece que un modo eficaz de expresar nuestra gratitud y cariño a quienes nos han favorecido con su benevolencia, en el terreno intelectual y del honor, consiste en conversar con ellos acerca de lo que aman en el mismo orden de ideas y hacerles ver que nosotros tenemos las mismas inclinaciones y acariciamos el mismo ideal.

En consecuencia con estas ideas, expresaremos algunos pensamientos acerca del alto significado de nuestra Academia Mexicana de Cirugía.

Un hecho que constata el que estudia la historia del progreso humano, es la acción sobresaliente y admirable de ese grupo selecto de hombres que llamamos genios, héroes o bienhechores de la humanidad, los cuáles por su inteligencia, su tenacidad en el trabajo o su vida ejemplar, han sido para sus semejantes: iluminación, camino, protección y consuelo. Ellos son verdaderamente los hombres del progreso, aunque en número tan reducido, que se han visto pueblos de cazadores, de guerreros, de agricultores, de orfebres; pero jamás han aparecido pueblos de filósofos, de científicos, de artistas o de historiadores. Pequeños en número, estos hombres misteriosos se parecen a los fermentos que, en ínfima cantidad, realizan colosales transformaciones.

Su actuación ha sido incesante desde los albores del Género Humano y su existencia pregona la realidad asombrosa de una ley de vida, en virtud de la cual todo ser individual o colectivo que se destaca, que se distingue más y más de sus congéneres, en sus funciones benéficas, progresa, avanza, evoluciona hacia la meta infinita de la perfección; y los que no salen de la masa común, los que no emergen de la mole amorfa, aquellos que

DISCURSO DE INGRESO

jamás se esforzaron por diferenciarse de los demás o que retrogradaron gustosos hacia el anonimato, son la expresión de la inercia o del retroceso; retroceso e inercia a que recurren con frecuencia los que se sienten atemorizados por cualquiera responsabilidad.

El hombre es el más elevado de los seres de este Mundo, porque es el más diferenciado de todos ellos, siendo una maravilla las diversas funciones de los tejidos del cuerpo humano, de los cuales el tejido nervioso, el más diferenciado de todos, es el supremo director de la nutrición y forma ese prodigio de la Creación, el cerebro humano, órgano del pensamiento y de la conciencia del bien y del mal.

Del mismo modo, en las sociedades humanas, aquellas que están más y más diferenciadas por el número y alta calidad de sus clases sociales (que son algo así como sus diversos tejidos), son las más vigorosas intelectual, moral y económicamente.

Una sociedad, sin grupos de individuos diferenciados, especializados en diversas funciones, sería una masa común, una mole informe, un almá-cigo de individuos iguales, que semejaría un enorme banco de sardinas, completamente indefenso y a merced de los tiburones.

Semejante sociedad humana, se parecería en su modo de ser, a una montaña de moléculas minerales, que sólo existe; pero sería incapaz de exhibir una vida pujante y progresista.

Fundándonos en estas ideas, que se apoyan en hechos de fácil interpretación, queremos hacer dos afirmaciones: una de carácter social y otra de orden moral.

Socialmente considerada, nuestra Academia Mexicana de Cirugía, por su origen, por su finalidad, por su reglamento, constituye una agrupación selecta, que aspira a un progreso sin límites y cuyo máximo perfeccionamiento, en un momento considerado, dependerá del mayor aporte que le den cada uno de los 20 grupos diferenciados que la integran y que cultivan las diferentes especialidades quirúrgicas.

Desde el punto de vista moral, en este momento tan solemne, llenos de emoción declaramos: que tenemos plena conciencia de que toda selección, todo honor conferido, implica una responsabilidad proporcional, que debe servir de acicate para dar el rendimiento óptimo de servicio social, con entusiasmo y constancia, sabedores de que servir a nuestros hermanos es luchar por nuestra propia felicidad, pues somos miembros de un orga-

DR. ALCÁNTARA HERRERA

nismo del cual recibimos incalculables beneficios y que si él tiene la obligación de defender nuestros derechos, nosotros nos mostraremos suficientemente agradecidos, cumpliendo siempre todos nuestros deberes.

Así pues, venimos animados de los mejores deseos para trabajar por el progreso y gloria de esta Academia, convencidos de que así laboraremos porque siempre se cumpla su magnífico lema: DOCTA ARS CHIRURGICA BENE SALUTIS, cuya realización contribuirá poderosamente al bienestar de la Patria y de la Humanidad; y nos anima la consideración de saber que en el ejemplo de nuestros compañeros académicos, hallamos un poderoso estímulo para luchar por la realización de nuestros ideales y que al rendir nuestra última jornada, nos consuele a todos el pensamiento de que, si la Humanidad ha sido un poquito mejor, en ésto hayan tenido parte nuestras vidas!

En el momento en que el cirujano hace la prescripción o formula sus pedidos, tiene en la mente con predilección y simpatía los Laboratorios que se anuncian en "Cirugía y Cirujanos", en natural reciprocidad.

NOTICIAS

PROXIMA REUNION INTERNACIONAL

La VII Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos se efectuará en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina del 1 al 5 de agosto de 1950. Todos los cirujanos pueden participar con trabajos científicos y concurrir ya como Delegados los que pertenecen al Colegio o como huéspedes.

* * *

LA CIRUGIA QUE SE EXPRESA EN ESPAÑOL MEJORA SU POSICION

Desde el número de Noviembre y Diciembre de 1949 "The Journal of the International College of Surgeons" se presenta iniciado con una sección de 25 páginas en español con trabajos de cirujanos de ésta habla, además de páginas de anuncios de casas norteamericanas redactados en español. Este paso permitirá mejor conocimiento en el mundo internacional de los trabajos en español. Desde el mes de enero de 1950 la Revista se transformará de bimensual en mensual.

* * *

LA REVISTA "SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS" al recibo del ejemplar No. 10 de 1949 de nuestra Revista "Cirugía y Cirujanos" nos sugirió el intercambio a partir de enero de 1950. Al aceptarlo con complacencia reforzamos la esperanza de mejor conocimiento mutuo para el que los cirujanos mexicanos tenemos mucha necesidad de contribuir.

DR. ALCÁNTARA HERRERA

nismo del cual recibimos incalculables beneficios y que si él tiene la obligación de defender nuestros derechos, nosotros nos mostraremos suficientemente agradecidos, cumpliendo siempre todos nuestros deberes.

Así pues, venimos animados de los mejores deseos para trabajar por el progreso y gloria de esta Academia, convencidos de que así laboraremos porque siempre se cumpla su magnífico lema: DOCTA ARS CHIRURGICA BENE SALUTIS, cuya realización contribuirá poderosamente al bienestar de la Patria y de la Humanidad; y nos anima la consideración de saber que en el ejemplo de nuestros compañeros académicos, hallamos un poderoso estímulo para luchar por la realización de nuestros ideales y que al rendir nuestra última jornada, nos consuele a todos el pensamiento de que, si la Humanidad ha sido un poquito mejor, en ésto hayan tenido parte nuestras vidas!

En el momento en que el cirujano hace la prescripción o formula sus pedidos, tiene en la mente con predilección y simpatía los Laboratorios que se anuncian en "Cirugía y Cirujanos", en natural reciprocidad.

NOTICIAS

PROXIMA REUNION INTERNACIONAL

La VII Asamblea del Colegio Internacional de Cirujanos se efectuará en la Ciudad de Buenos Aires, Argentina del 1 al 5 de agosto de 1950. Todos los cirujanos pueden participar con trabajos científicos y concurrir ya como Delegados los que pertenecen al Colegio o como huéspedes.

* * *

LA CIRUGIA QUE SE EXPRESA EN ESPAÑOL MEJORA SU POSICION

Desde el número de Noviembre y Diciembre de 1949 "The Journal of the International College of Surgeons" se presenta iniciado con una sección de 25 páginas en español con trabajos de cirujanos de ésta habla, además de páginas de anuncios de casas norteamericanas redactados en español. Este paso permitirá mejor conocimiento en el mundo internacional de los trabajos en español. Desde el mes de enero de 1950 la Revista se transformará de bimensual en mensual.

* * *

LA REVISTA "SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS" al recibo del ejemplar No. 10 de 1949 de nuestra Revista "Cirugía y Cirujanos" nos sugirió el intercambio a partir de enero de 1950. Al aceptarlo con complacencia reforzamos la esperanza de mejor conocimiento mutuo para el que los cirujanos mexicanos tenemos mucha necesidad de contribuir.



Nómina de Académicos

Aceves Zubieta, Felipe.
 Aguilar Alvarez, José.
 Aguirre, Carlos.
 Alamilla, Guillermo.
 Alatorre, Manuel. (†)
 Aleántara Herrera, José.
 Alessandri, Roberto. (†)
 Alessandri, Italo.
 Alfaro de la Vega, Guillermo.
 Araiza Noyola, Manuel.
 Aranda de la Parra, Alberto.
 Arce, José.
 Ayala González, Abraham.
 Baeza, Miguel.
 Bandera, Benjamín.
 Barroeta, Pablo.
 Bastianeli, Rafaelle.
 Baz, Gustavo.
 Beckers, René (†)
 Benítez Soto, Luis.
 Brocq, Pierre.
 Cadena, Ignacio.
 Campos, Luis G.
 Campos Kunhardt, Juan. (†)
 Canseco, Carlos. (†)
 Cardona Flores, Alfredo.
 Carrillo Azcárate, Luis.
 Cásares Pérez, Carlos (†)
 Castañeda, Alejandro.
 Castañeda, Gonzalo. (†)
 Castillejos, Manuel J.
 Castillo Nájera, Francisco.
 Castro, Eduardo.
 Castro Villagrana, José.
 Cerisola, Alejandro.
 Cid Fierro, Francisco.
 Clagett, T. O.
 Colín, Carlos.
 Coqui, Carlos.
 Córdova, Salvador.
 Correa, Joaquín.
 Costales Latapi, Manuel.
 Cuervo, Rafael.
 Cruz y Celis, Agustín.
 Chávez, Ignacio.
 Chavira, Raúl Arturo.
 De Amesti Zurita, Félix.
 De la Villa, Julián.
 De Lara, Inoscencio.
 De Lara, Salvador.
 De los Ríos, Arturo.
 De Rementería, José Ma.
 Deiardin, Leo.
 Delgadillo Araujo, Jesús.
 Dogliotti Achille, Mario.
 Enriquez, Alberto.
 Esguerra Gómez, Gonzalo.
 Fernández, Darío. (†)
 Finck, Carlos.
 Flores Espinosa, Enrique.
 Flores, Luis Raúl.
 Fonseca, Francisco.
 Galván de la Garza, Joaquín.
 Garza Ríos, Atanasio. (†)
 Gastélum, Bernardo J.
 García Noriega, José.
 Gea González, Manuel.
 Gaxiola Gándara, José.
 Godoy Moreira, Francisco Elias.
 González Gea, Manuel. (†)
 Gómez Jáuregui, Leopoldo.
 Gómez Azcárate, Gustavo.
 González García, Alfredo.
 González Hurtado, Rodolfo. (†)
 González Méndez, Julián.
 Goyanes Capdevila, José.
 Graham, Roscoe (†)
 Graña, Francisco.
 Gutiérrez, Leandro M.
 Gutiérrez S. Librado.
 Gutiérrez, Robert.
 Gutiérrez Santa Cruz, Carlos.
 Holinger, Robert.
 Hurtado Aubry, Domingo. (†)
 Ivanisevich, Oscar.
 Jackson, Chevalier L.
 Jiménez Caballero, Carlos.
 Jolly Hernández, Enrique.
 Key, Einar.
 Labardini y Nava, Ricardo.
 Lagarde y Bazan, Guillermo.
 Lastras, José.
 Lavalley, Miguel.
 León de la Peña, Carlos.
 Leriche, René.
 Longoria, Javier.
 López Esnaurrizar, Miguel.
 López Herrera, Salvador.
 Maass, Joaquín.
 Macías Peña, Rafael.
 Madrazo, Manuel F.
 Madrid, Alberto. (†)
 Manzanilla Manuel A.
 Maquivar, Martín.
 Martínez, José G.
 Matas, Rudolph.
 Mateos Fournier, Manuel.
 Matos, Manuel (†)
 Mayer, Leopold.
 Mayo, Charles H. (†)



Nómina de Académicos

Aceves Zubieta, Felipe.
 Aguilar Alvarez, José.
 Aguirre, Carlos.
 Alamilla, Guillermo.
 Alatorre, Manuel. (†)
 Aleántara Herrera, José.
 Alessandri, Roberto. (†)
 Alessandri, Italo.
 Alfaro de la Vega, Guillermo.
 Araiza Noyola, Manuel.
 Aranda de la Parra, Alberto.
 Arce, José.
 Ayala González, Abraham.
 Baeza, Miguel.
 Bandera, Benjamín.
 Barroeta, Pablo.
 Bastianeli, Rafaelle.
 Baz, Gustavo.
 Beckers, René (†)
 Benítez Soto, Luis.
 Brocq, Pierre.
 Cadena, Ignacio.
 Campos, Luis G.
 Campos Kunhardt, Juan. (†)
 Canseco, Carlos. (†)
 Cardona Flores, Alfredo.
 Carrillo Azcárate, Luis.
 Cásares Pérez, Carlos (†)
 Castañeda, Alejandro.
 Castañeda, Gonzalo. (†)
 Castillejos, Manuel J.
 Castillo Nájera, Francisco.
 Castro, Eduardo.
 Castro Villagrana, José.
 Cerisola, Alejandro.
 Cid Fierro, Francisco.
 Clagett, T. O.
 Colín, Carlos.
 Coqui, Carlos.
 Córdova, Salvador.
 Correa, Joaquín.
 Costales Latapi, Manuel.
 Cuervo, Rafael.
 Cruz y Celis, Agustín.
 Chávez, Ignacio.
 Chavira, Raúl Arturo.
 De Amesti Zurita, Félix.
 De la Villa, Julián.
 De Lara, Inoscencio.
 De Lara, Salvador.
 De los Ríos, Arturo.
 De Rementería, José Ma.
 Deiardin, Leo.
 Delgadillo Araujo, Jesús.
 Dogliotti Achille, Mario.
 Enriquez, Alberto.
 Esguerra Gómez, Gonzalo.
 Fernández, Darío. (†)
 Finck, Carlos.
 Flores Espinosa, Enrique.
 Flores, Luis Raúl.
 Fonseca, Francisco.
 Galván de la Garza, Joaquín.
 Garza Ríos, Atanasio. (†)
 Gastélum, Bernardo J.
 García Noriega, José.
 Gea González, Manuel.
 Gaxiola Gándara, José.
 Godoy Moreira, Francisco Elias.
 González Gea, Manuel. (†)
 Gómez Jáuregui, Leopoldo.
 Gómez Azcárate, Gustavo.
 González García, Alfredo.
 González Hurtado, Rodolfo. (†)
 González Méndez, Julián.
 Goyanes Capdevila, José.
 Graham, Roscoe (†)
 Graña, Francisco.
 Gutiérrez, Leandro M.
 Gutiérrez S. Librado.
 Gutiérrez, Robert.
 Gutiérrez Santa Cruz, Carlos.
 Holinger, Robert.
 Hurtado Aubry, Domingo. (†)
 Ivanisevich, Oscar.
 Jackson, Chevalier L.
 Jiménez Caballero, Carlos.
 Jolly Hernández, Enrique.
 Key, Einar.
 Labardini y Nava, Ricardo.
 Lagarde y Bazan, Guillermo.
 Lastras, José.
 Lavallo, Miguel.
 León de la Peña, Carlos.
 Leriche, René.
 Longoria, Javier.
 López Esnaurrizar, Miguel.
 López Herrera, Salvador.
 Maass, Joaquín.
 Macías Peña, Rafael.
 Madrazo, Manuel F.
 Madrid, Alberto. (†)
 Manzanilla Manuel A.
 Maquivar, Martín.
 Martínez, José G.
 Matas, Rudolph.
 Mateos Fournier, Manuel.
 Matos, Manuel (†)
 Mayer, Leopold.
 Mayo, Charles H. (†)

Medina G., Manuel.
Meléndez, Fernando.
Melo, Nicandro L. (†)
Melo, Vicente F.
Méndez, José Efrén.
Mendiola, Roberto.
Mendizabal, Pablo.
Meneses, Carlos. (†)
Millán, Ignacio.
Mirizzi, Pablo.
Monges López, Abelardo.
Monteiro, Alfredo.
Montenegro, Benedito.
Mora Ortiz, Juan.
Moreno Cañas, Ricardo. (†)
Morones Prieto, Ignacio.
Moynihan Berkely, Lord. (†)
Noyola, Jesús N.
Nuñez Portuondo, Ricardo.
Ochsner, Alton.
Ortiz Tirado, Alfonso.
Osorio y Carvajal, Ramón.
Palacios Macedo, José.
Palomino Dena, Feliciano.
Paolucci, Raffaele.
Paulin, Estéban.
Peña Treviño, Raúl.
Peña y de la Peña, Enrique.
Perera Castillo, Fernando.
Pérez Cosío, Dionisio.
Pesqueira, Manuel.
Pinheiro Guimaraes, Ugo.
Prat, Domingo.
Presno Bastiony, José.
Puente Duany, Nicolás.
Quiróz, Fernando.
Rábago, José.
Ramírez Arellano, Héctor.
Ramírez, Donato.

Reygadas Vertiz, Rafael. (†)
Rendón Peón, Alberto.
Reves, Francisco.
Rivero Borrell, Luis.
Robles, Clemente.
Rodríguez Díaz, Antonio.
Rojas Avendaño, Octavio.
Sánchez Cordero, Ricardo.
Sciandra, Angel. (†)
Silva, Rafael. (†)
Spivack, Julius.
Soberón R. Miguel. (†)
St. Loup, Enrique.
Tapia Acuña, Ricardo.
Thorek, Max.
Torres Estrada, Antonio.
Torres Torija, José.
Torroella, Juan Luis.
Ugalde, Vicente.
Urrutia, José M.
Uzeta, Horacio.
Valdés, Ulises (†)
Valdés, V., Fernando.
Varela, Emilio.
Vargas, Alberto. (†)
Vázquez Arroyo, Gabriel.
Vázquez, Mariano.
Velarde y Oaxaca, Adán.
Vergara Soto, Mario.
Villanueva, Aquilino.
Villarreal, Julián. (†)
Villaseñor, Clemente.
Webbs Johnson, Sir Alfred.
White Morquecho, Juan.
Wunderlich J., Mario.
Zavala, Carlos.
Zenteno, Genaro.
Zubieta, Ernesto.
Zuckermann, Conrado.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.

Medina G., Manuel.
Meléndez, Fernando.
Melo, Nicandro L. (†)
Melo, Vicente F.
Méndez, José Efrén.
Mendiola, Roberto.
Mendizabal, Pablo.
Meneses, Carlos. (†)
Millán, Ignacio.
Mirizzi, Pablo.
Monges López, Abelardo.
Monteiro, Alfredo.
Montenegro, Benedito.
Mora Ortiz, Juan.
Moreno Cañas, Ricardo. (†)
Morones Prieto, Ignacio.
Moynihan Berkely, Lord. (†)
Noyola, Jesús N.
Nuñez Portuondo, Ricardo.
Ochsner, Alton.
Ortiz Tirado, Alfonso.
Osorio y Carvajal, Ramón.
Palacios Macedo, José.
Palomino Dena, Feliciano.
Paolucci, Raffaele.
Paulin, Estéban.
Peña Treviño, Raúl.
Peña y de la Peña, Enrique.
Perera Castillo, Fernando.
Pérez Cosío, Dionisio.
Pesqueira, Manuel.
Pinheiro Guimaraes, Ugo.
Prat, Domingo.
Presno Bastiony, José.
Puente Duany, Nicolás.
Quiróz, Fernando.
Rábago, José.
Ramírez Arellano, Héctor.
Ramírez, Donato.

Reygadas Vertiz, Rafael. (†)
Rendón Peón, Alberto.
Reves, Francisco.
Rivero Borrell, Luis.
Robles, Clemente.
Rodríguez Díaz, Antonio.
Rojas Avendaño, Octavio.
Sánchez Cordero, Ricardo.
Sciandra, Angel. (†)
Silva, Rafael. (†)
Spivack, Julius.
Soberón R. Miguel. (†)
St. Loup, Enrique.
Tapia Acuña, Ricardo.
Thorek, Max.
Torres Estrada, Antonio.
Torres Torija, José.
Torroella, Juan Luis.
Ugalde, Vicente.
Urrutia, José M.
Uzeta, Horacio.
Valdés, Ulises (†)
Valdés, V., Fernando.
Varela, Emilio.
Vargas, Alberto. (†)
Vázquez Arroyo, Gabriel.
Vázquez, Mariano.
Velarde y Oaxaca, Adán.
Vergara Soto, Mario.
Villanueva, Aquilino.
Villarreal, Julián. (†)
Villaseñor, Clemente.
Webbs Johnson, Sir Alfred.
White Morquecho, Juan.
Wunderlich J., Mario.
Zavala, Carlos.
Zenteno, Genaro.
Zubieta, Ernesto.
Zuckermann, Conrado.

SELECTIVIDAD ANTI-INFECCIOSA

FONTAMIDE

(p-amino-bencen-sulfonil-tiurea) 2255 R. P.

ANTIBACTERIANO Y ANTIMICOSICA BIEN TOLERADO
POR EL ORGANISMO

Acción electiva contra:

LUPUS - AFECCIONES MICOSICAS - NEUMOCOCCIAS
ESTAFILOCOCCIAS CUTANEAS - ESTREPTOCOCCICAS
COLIBACILOSIS

Comprimidos de 0.50 g. (tubos de 20)

Dosis inicial: 5 a 10 g. diarios. Por vía parenteral y tópica.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas de 3 y 10 cm.³
(Solución al 33%)

En Oftalmología y Otorrinolaringología.

SOLUFONTAMIDE: Ampolletas-gotero.

Reg. Núms. 30431, 30432, 32327. S. S. A. Prop. No. Ff-24

ES UN PRODUCTO DE LOS LABORATORIOS SPECIA - RHONE - POULENC

Establecimientos Mexicanos Colliere, S. A.

Plaza de la República 43.

México, D. F.



KETOCHOL

Reg. No. 33286 S. S. A.

Producto que contiene los cuatro ácidos biliares cólico, desoxicólico, quenodesoxicólico y litocólico, oxidados para disminuir en esta forma su toxicidad al mínimo.

El uso racional del Ketochol se basa en la necesidad de proporcionar un drenaje adecuado ante la presencia de estasis biliar en los estados inflamatorios crónicos de la vesícula, tracto biliar, e hígado siempre que no exista obstrucción completa.

La dosis promedio es de una tableta tres veces al día con o inmediatamente después de las comidas. Es de recomendar que este tratamiento vaya acompañado de comidas frecuentes de grasas no cocinadas y de un sedante antiespasmódico (Pavitrine con Fenobarbital).

Presentación. - Frascos de 20 y 50 tabletas

UN PRODUCTO DE INVESTIGACION SEARLE

DISTRIBUIDORES

CARLOS GROSSMAN, S. A.

SADI CARNOT 86

MEXICO, D. F.

